



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

دراسة عيادية "لأربعة حالات" بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر – مصلحة الأمراض السرطانية وحدة الأورام الطبية-قالمة.

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبين:

- بخاخشة زينب.
- حفار الساس وسيم.

تحت إشراف الدكتور:

- مشطر حسين.

لجنة المناقشة:

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
01	بودودة نجم الدين	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	رئيسا
02	مشطر حسين	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	مشرفا، مقررا
03	هامل أميرة	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية:

2022-2021



الشكر والعرفان

العلم غايته الحقيقة.....ووسيلته الفكر...... وأداته المنطق......وبالعلم والخبرة يسير الإنسان بطمأنينة وثقة.... فازرع جميلا ولو في غير موضعه فلن يضيع جميل أينما زرع...... فنجد أن أول العلم الصمت والثاني حسن الاستماع والثالث حفظه، والرابع العمل به، والخامس نشره.

ولعل ما ذُكر عن العلم يمكن إسقاطه على الأخصائي النفسي الجيد وهو من له القدرة على الصمت والإصغاء وحفظ السرية، المرونة ونشر الإيجابية. وهذا ما يميز أساتذة قسم علم النفس.

وكما قال عليه أزكى الصلاة والسلام: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

نتقدم بالشكر الخالص إلى الأستاذ المشرف " **الدكتور مشطر حسين**" الذي لم يبخل علينا بنصائحه القيمة وسهل لنا طريق العلم والعمل، فكان من أحسن المشرفين.

كما نتقدم بخالص الشكر إلى الذين لم يلوا جهدا في مساعدتنا في مجال البحث وأثروا طول الخمس سنوات بالمعلومات القيمة والتوجيهات، إلى جميع أساتذة قسم علم الاجتماع عامة وقسم علم النفس خاصة.

وأيضا نتقدم بجزيل الشكر إلى كل من قدم لنا يد العون والمساعدة في إخراج هذه الدراسة على أكمل وجه. وشكر خاص لجميع أساتذة علم النفس بدون استثناء وكل أسرة علم النفس.

إضافة إلى تقديم خالص الشكر والتقدير إلى كل من رئيس مصلحة الأمراض السرطانية "**مرزوقي عمار**" والأخصائية النفسانية "**زيادة عائشة**" والصيدلانية "**خلة عبير**" وجميع الأطباء، والممرضات وباقي عمال المؤسسة على الاستقبال الجيد وفتحهم المجال والتسهيل لممارسة الدراسة الميدانية على أكمل وجه.

فهرس المحتويات

الفهرس Sommaire

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

Liste des tableaux قائمة الجداول

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

قائمة الأشكال Liste des figures

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

Liste des acronymes قائمة المختصرات

الاختصار/الرمز	الدلالة
Google trends	هي أداة أنشأتها قوقل لتحديد عدد المرات التي تم فيها البحث عن مصطلح في محرك البحث الخاص به، وبمعنى آخر هي أداة تسمح بتحليل شعبية مصطلح ما على محرك البحث خلال فترة زمنية معينة.
PTSD	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
EMDR	تقنية إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين، وهي تقنية في العلاج النفسي تستخدم لعلاج الصدمات النفسية، وهو علاج حديث طورته المعالجة النفسية الأمريكية فرانسينا شابيرو، ويجمع هذا العلاج بين تقنيات العلاجات المعرفية، والسلوكية النفسية.
MAO	أوكسيديز أحادي الأمين: إن أوكسيدات أحادي الأمين عبارة عن مجموعة من الأكسدة التي تشارك في هدم أحادي الأمين، ولا سيما السيروتونين، توجد في الغشاء الخارجي للميتوكوندريا لمعظم أنواع الخلايا في الجسم والدماغ عند نقاط الاشتباك العصبي، وهي تحفز التفاعلات من النوع MAO.A et MAO.B
GABA	ناقل عصبي رئيسي مثبط للجهاز العصبي المركزي، يلعب دور مهم من خلال منع الاستثارة الطويلة للخلايا العصبية. بالإضافة إلى دوره في التغذية العصبية أي أنه يعزز نمو بعض الخلايا العصبية.
DSM	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية.
DSM-5	الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية.
ICD-11	الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض -11.
6A70.0	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، خفيف.
6A70.1	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، معتدل دون أعراض ذهانية.
6A70.2	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، معتدل مع أعراض ذهانية.
6A70.3	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، شديد دون أعراض ذهانية.
6A70.4	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، شديد مع أعراض ذهانية.
6A70.5	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، غير محدد الشدة.
6A70.6	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، حاليا في هدأة جزئية.
6A70.8	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، حاليا في هدأة كاملة.
6A70.Y	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة محدد آخر.
6A70.Z	اضطراب اكتئابي وحيد النوبة، غير محدد.
6A71.0	اضطراب اكتئابي متكرر، النوبة الحالية خفيفة.
6A71.1	اضطراب اكتئابي متكرر، النوبة الحالية معتدلة دون أعراض ذهانية.
6A71.2	اضطراب اكتئابي متكرر، معتدل مع أعراض ذهانية.

فهرس المحتويات

6A71.3	اضطراب اكتئابي متكرر، شديد دون أعراض ذهانية.
6A71.4	اضطراب اكتئابي متكرر، شديد مع أعراض ذهانية.
6A71.5	اضطراب اكتئابي متكرر، غير محدد الشدة.
6A71.6	اضطراب اكتئابي متكرر، حاليا في هدأة جزئية.
6A71.7	اضطراب اكتئابي متكرر، حاليا في هدأة كاملة.
6A71.Y	اضطراب اكتئابي متكرر محدد آخر.
6A71.Z	اضطراب اكتئابي متكرر، غير محدد.
6A80.0	أعراض قلق بارزة في نوبات المزاج.
6A80.1	هجمات هلع في نوبات المزاج.
6A80.2	نوبة اكتئاب حالية متواصلة.
6A80.3	نوبة اكتئاب حالية مع سوداوية.
6A80.4	النمط الموسمي لبداية نوبة الحالة المزاجية.
6A80.5	الدوان السريع.
6C40.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالكحول.
6C41.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالحشيش.
6C42.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالكانابينويد الصنعي.
6C43.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالأفيون.
6C44.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.
6C45.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالكوكائين.
6C46.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالمنشطات متضمناً الأمفيتامين والميتامفيتامين والميتكاثينون.
6C47.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالكاثينون الصنعي.
6C49.60	اضطراب مزاج مُحْدَث بالهلوسات.
6C4B.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالمستنشقات الطيارة.
6C4B.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بمادة MDMA والمواد ذات الصلة و MDAمن ضمنها.
6C4C.70	اضطراب مزاج مُحْدَث بالعقاقير المفارقة متضمناً PCP أو الكيتامين.
6E62.0	متلازمة مزاج ثانوية، مع أعراض اكتئابية.
6E62.1	متلازمة مزاج ثانوية، مع أعراض هوس.
6E62.2	متلازمة مزاج ثانوية، مع أعراض مختلطة.
6E62.3	متلازمة مزاج ثانوية، مع أعراض غير محددة.
6E62.Y	اضطراب مزاج محدد آخر.
6E62.Z	اضطراب مزاج غير محدد.
CNC	الجهاز العصبي المركزي.
DSIC	Ductal Carcinoma in Situ سرطان الثدي الموضعي.
LSIC	Lobular Carcinoma in Situ السرطان الفصيصي الموضعي.

فهرس المحتويات

Invasive Lobular Carcinoma سرطان القنوات الغازي.	**ILC**
Triple-Negative Breast Cancer سرطان الثدي الثلاثي السلبي.	**TNBC**
Breast Self-Exam الفحص الذاتي للثدي.	**BSE**
Fine Needle Aspiration شفط الخلايا بالإبرة الدقيقة.	**FNA**
l'imagerie par résonnance magnétique التصوير بالرنين المغناطيسي.	**IRM**

الملخص.

أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

دراسة عيادية لأربعة حالات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية –ابن زهر، مصلحة الأمراض السرطانية، وحدة الأورام الطبية-قالمة-.

قد يشكل الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي صدمة نفسية لدى المرأة تسفر عن مجموعة من الاضطرابات، وعليه تم القيام بدراسة أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي على عينة قدرها أربعة حالات يقمن بالعلاج الكيميائي على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية –ابن زهر، مصلحة الأمراض السرطانية، وحدة الأورام الطبية-قالمة-.

وهدفت الدراسة إلى التعرف على ما إذا كان الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يشكل صدمة نفسية لدى المرأة، ومدى إمكانية التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية لديها من خلال استجابتها على استبيان تقييم الصدمة النفسية، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد على المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة وذلك باستخدام مجموعة من الأدوات تمثلت في: شبكة الملاحظة، المقابلة نصف الموجهة، استبيان تقييم الصدمة Traumaq، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب.

وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يشكل صدمة نفسية لدى المرأة، ويمكن التنبؤ بوجود الحالة الاكتئابية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجابتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq، وأن مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي شديد.

الكلمات المفتاحية: الصدمة النفسية، الاكتئاب، المرأة المصابة بسرطان الثدي، سرطان الثدي.

Résumé.

L'effet d'un traumatisme psychologique sur l'émergence de la dépression chez la femme atteinte d'un cancer du sein

Etude clinique de quatre cas dans l'établissement hospitalier public-Ibn Zohr, service d'oncologie, unité d'oncologie médicale-Guelma-.

L'annonce d'un cancer du sein pouvant constituer un traumatisme psychologique pour une femme, entraînant un ensemble de troubles, ainsi, une étude a été menée sur l'effet d'un traumatisme psychologique sur l'émergence de la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, sur un échantillon de quatre cas qui subissent une chimiothérapie au niveau de l'établissement public hospitalier –Ibn Zohr, service d'oncologie, unité d'oncologie médicale-Guelma-.

L'étude visait à identifier si l'annonce d'un cancer du sein constitue un traumatisme psychologique pour la femme, et la prévisibilité de l'émergence d'un état dépressive à travers sa réponse au questionnaire d'évaluation des traumatismes Traumaq. Et pour atteindre les objectifs de l'étude, l'approche clinique a été adoptée et basée sur la technique de l'étude de cas, à l'aide d'un ensemble d'outils notamment : la grille d'observation, entretien semi-directif, questionnaire d'évaluation des traumatismes Traumaq, et BDI-II.

Les résultats de l'étude ont révélé que l'annonce d'un cancer du sein constitue un traumatisme psychologique pour les femmes, et que la présence d'un état dépressif chez une femme atteinte d'un cancer du sein peut être prédite à travers sa réponse au questionnaire d'évaluation des traumatismes Traumaq, et que le niveau de la dépression chez une femme atteinte d'un cancer du sein est grave.

Les mots clés : Traumatisme psychologique, dépression, femmes atteintes d'un cancer du sein, cancer du sein.

Abstract.

Thé psychological trauma effect on the depression occurrence of women with breast cancer.

Clinical study, to four cases in the public hospital institution Ibn zohr Guelma cancer diseases department, clinical tumors unit Guelma.

The announcement of getting breast cancer may cause a psychological trauma of the women and leads to a set of disorders; accordingly, a study about the psychological impact on the depression appearances was done, on a sample of four cases receiving chemotherapy treatment in -the clinical tumors unit cancer disease department of the public hospitals institutions- Ibn Zohr-Guelma.

The study aimed to know whether the announcing of getting breast cancer giverise to psychological trauma for the women, and the predictability of depression appearance for her. This is through her response to a survey of the psychological trauma evaluation. To achieve the study's goals, the clinical method was adopted with case study technique, using a set of tools including: the observation, the observation grid, the half-guided interview, a survey of trauma evaluation and BDI-II.

The results of study yielded that the announcement of getting breast cancer constitutes a psychological trauma to women with breast cancer can be predicted through her response to the trauma evaluation survey.

Keywords: the psychological trauma, the depression, the women with breast cancer, breast cancer.

المقدمة

المقدمة:

يعتبر موضوع الصحة من أكثر القضايا التي حظيت باهتمام العلماء والباحثين في مختلف التخصصات، كالطب والعلوم الإنسانية والاجتماعية خاصة علم النفس، فإصابة الفرد بأي مرض يؤدي إلى حدوث تغيير في سلوكه. وتختلف أنواع الأمراض كالأوبئة والأمراض المزمنة وأمراض العضال والأمراض الورمية التي لا يتجاوب معها العلاج الطبي، وغالبا ما يؤدي إلى الوفاة كمرض السرطان الذي يعتبر مرض العصر كونه يتسبب في وفاه عدد كبير من الأفراد سنويا.

وينتشر السرطان بمختلف أنواعه في جميع دول العالم، ورغم أن الجزائر لا تعد من الدول التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالسرطان إلا أن سرطان الثدي يعتبر السبب الأول في الوفيات لدى النساء في الجزائر، وهو ما يفسر اعتبار كلمة سرطان الثدي كلمة رهيبة تحمل مشاعر الرعب لدى النساء خاصة في حالة الإصابة به.

فالإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء تعتبر خبرة مفاجئة من الصعب تقبلها، وهذا لارتباطها بمعنى الموت الحقيقي وارتباطها كذلك بفقدان الثدي الذي يعتبر رمز الأمومة والهوية الأنثوية، وهو ما يؤدي بالمرأة إلى الاستجابة للخبرة المفاجئة بردود فعل تكيفية وغير تكيفية، فالإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي قد يؤدي إلى حدوث صدمة نفسية.

وتتميز الصدمة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بأعراض وتناذرات مختلفة فقد تظهر هذه الأعراض في اضطرابات النوم وفقدان الشهية وعدم القدرة على التركيز وقد تظهر في شكل زمرة أعراض تجنبيه تتفادى خلالها المرأة كل موقف مشابه للحدث الصدمي، وقد يلجأ إلى إعادة معايشة صدمة الإعلان عن مرض السرطان عند التعرض لكل موقف مشابه لتلك اللحظة أو تظهر أعراض للتأهب. هذه الأعراض الصدمية تختلف من فرد إلى آخر لعوامل ذاتية كشخصية الفرد التي تلعب دورا في مواجهة التأثيرات السيكولوجية والفيسيولوجية والعلائقية للصدمة وتوجد أيضا عوامل موضوعية من شأنها التخفيف أو الزيادة في حدة الصدمة ولهذا يعتبر الالتفاف والدعم من العوامل التي تساهم في تخفيف شدة الحدث الصدمي.

وإن تشخيص الإصابة بسرطان الثدي يؤدي إلى حدوث العديد من التغيرات التي تطرأ في الحياة اليومية للمصابات على المستوى الجسمي، النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، المهني.... ما يؤدي إلى اختلال في التوازن والتكيف مع الوضع الجديد فالمعاناة العضوية الناتجة عن الإصابة بسرطان الثدي ترتبط بمعاناة نفسية وهنا تختلف مرونة الأفراد في التكيف مع الوضع الجديد وهذه المعاناة النفسية تتبعها العديد من الأعراض، التي تعبر عن وجود العديد من الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب.

عادة ما يرتبط سرطان الثدي بظهور الاكتئاب لاهتمام أغلب المرضى بالعلاج الطبي وإهمال العلاج النفسي الذي يساهم في تخفيف المعاش النفسي المؤلم الناتج عن الإصابة بسرطان الثدي، وهو ما يؤثر على جودة الحياة التي تنخفض إلى أدنى المستويات، ويظهر ذلك في سلوكيات العزلة وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية والحزن والبكاء وغيرها، وهو ما يزيد حجم المعاناة العضوية والألم للنساء المصابات بسرطان الثدي.

وفي إطار هذه الدراسة خصصنا النساء المصابات بسرطان الثدي وسنحاول دراسة أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى مرضى سرطان الثدي ويتكون هذا البحث من جانبين جانب نظري وأخر ميداني.

المقدمة

يتكون الجانب النظري من أربعة فصول حيث يتضمن الفصل الأول الإطار العام للدراسة الذي يتضمن تساؤلات الدراسة وفرضياتها وأهدافها وأهميتها كما يحتوي على أسباب اختيار الموضوع والتعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة إضافة إلى الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

أما الفصل الثاني فتم التطرق فيه إلى لمحة تاريخية عن الصدمة النفسية، الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات الصلة بها، إضافة إلى تفسير الصدمة النفسية وفق النظريات وتشخيص الصدمة النفسية بالاعتماد على الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية، وتم الإشارة إلى أنواع وعوامل وأعراض الصدمات النفسية، إضافة إلى مراحل وآلية حدوث الصدمة، وكذلك بعض الاضطرابات النفسية المرافقة للصدمة والتناذرات الأساسية لها، وفي الأخير تم التطرق إلى صدمة الإعلان عن مرض السرطان، وعلاج الصدمة النفسية.

وبالنسبة للفصل الثالث فهو يدور حول الاكتئاب من حيث: تقديم لمحة تاريخية عنه، مفهومه، نسبة انتشاره. وقد تم التطرق أيضا إلى أعراض الاكتئاب والعوامل التي تؤدي إلى الإصابة به إضافة إلى ذلك فهذا الفصل يتضمن الاكتئاب والأمراض الجسدية، الأشكال التصنيفية للاكتئاب، والنظريات المفسرة له، وتم التحدث أيضا عن الاكتئاب والمرأة، الاكتئاب: الصدمة، السرطان.

أما الفصل الرابع فقد تناولنا فيه موضوع سرطان الثدي من حيث: وبائيات سرطان الثدي، فيسيولوجية الثدي، سرطان الثدي من حيث تعريف السرطان وتعريف سرطان الثدي، إضافة إلى أعراضه وعوامل الخطر للإصابة به، وأنواع سرطان الثدي، طرق تشخيصه، والنظريات المفسرة له والاضطرابات النفسية الناتجة عن سرطان الثدي وتحديد الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها كل من المصابين بالسرطان، الصدمة والاكتئاب والسرطان، وفي الأخير تم التطرق إلى علاج سرطان الثدي.

في حين أن الجانب الميداني تكون من فصلين هما الفصل الخامس والسادس، فالفصل الخامس يخص الإجراءات الميدانية للدراسة والذي يحتوي على جزئين هما الدراسة الاستطلاعية بمصلحة الأورام السرطانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر بولاية قالمة وقمنا في هذا الفصل بتعريف الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، وإجراءاتها والنتائج المتوصل إليها، أما الجزء الثاني يخص الدراسة الأساسية الذي قمنا فيه بتحديد حدود الدراسة، خصائص عينة الدراسة، منهج الدراسة وأدوات الدراسة.

بينما يخص الفصل السادس تقديم الحالات وتحليلها ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والإطار النظري والدراسات السابقة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

I. إشكالية الدراسة.
II. فرضيات الدراسة.
III. أسباب اختيار الموضوع.
IV. أهداف الدراسة.
V. أهمية الدراسة.
VI. التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة.
VII. الدراسات السابقة.
VIII. التعقيب على الدراسات السابقة.

I. إشكالية الدراسة:

تعتبر الصحة في مفهومها العام سواء كانت جسدية أو نفسية أو عقلية من أسمى معاني الحياة وهدفا أساسيا يسعى الفرد إلى الحفاظ عليه للوصول إلى تحقيق التوازن، فمن النقاط المحورية التي تُدخل الفرد في حالات نفسية حادة هي تدهور صحته الجسدية، إذ أنه في مثل هذه الحالة نجد الفرد واع وعقله سليم لكن المرض الجسدي يؤثر على نفسيته وذلك في معادلة التأثير المتبادل بين كل من النفس والجسد... فمنذ العصور القديمة كانت الصحة موضوع مفهوم تفاعل الفرد وبيئته حيث يُنظر إليها على أنها توازن جيد بين الأعضاء الرئيسية في الجسم والمزاج، واللذان يشكلان جسم الإنسان. **(Fischer, Tarquinio, et Dodeler, 2020, p 17)**

ولعل أخطر ما يهدد صحة الفرد هو إصابته بالأمراض المزمنة ونخص بالذكر الأورام السرطانية التي تساوي الموت بالنسبة لمعظم الأفراد، ويؤكد **"موكرجي"** أن أول من شخص السرطان كمرض، هو الطبيب الفرعوني **"إمحوتب"**، وذلك من خلال مخطوط يعود إلى العام (2500 قبل الميلاد)، معلناً بذلك الظهور الأول للسرطان كمرض متميّز على يدي هذا الجرّاح القديم الذي قدَم أول تشخيص لسرطان الثدي على رسالة فرعونية قائلاً: "إذا صادفتك حالة فيها كتل بارزة ومنتشرة في الثدي، وكانت باردة، ودون تحببات، ولا تحتوي سوائل، ولا ينزّ منها سائل، فيجب أن تقول عنها: هذه حالة كتل بارزة ينبغي علي أن أواجهها وأتغلب عليها... الكتل البارزة في الثدي تعني وجود تورّمات كبيرة". منتهياً بالقول عن هذا التورّم: "لا يوجد علاج!". **(https://www.alarabiya.net/medicine-and-health /2018/08/12)**

فالسرطان هو النمو غير المنتظم للخلايا غير الطبيعية والتي تشكل ما يسمى بالأورام والتي بدورها تنقسم إلى أورام حميدة لا تنتشر في جميع أنحاء الجسم، وأورام خبيثة قابلة للانتقال، وهي العملية التي تنفصل فيها الخلايا عن الورم وتتحرك إلى مكان آخر، حيث توجد ثلاثة أنواع من الخلايا السرطانية: يتمثل الأول في السرطانات التي تشكل (90 %) من جميع الخلايا السرطانية وتنشأ في خلايا الأنسجة، والثاني الأورام اللحمية التي تتطور في الأنسجة الضامة، وأخيرا سرطان الدم الذي يتطور في الدم. **(Ogden, 2018, p 428)** ويعتبر سرطان الثدي من أكثر السرطانات انتشارا بين النساء وفتكا بحياتهن، ففي عام (2020) شُخصت إصابة (2.3 مليون) امرأة بسرطان الثدي وسُجلت (685000) حالة وفاة بسببه على مستوى العالم. وفي نهاية عام (2020)، كان هناك (7.8 مليون) امرأة على قيد الحياة تم تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي في السنوات الخمس الماضية، مما يجعله أكثر أنواع السرطان انتشاراً في العالم. **(https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer)**

وأما عن السرطان في الجزائر فنقلا عن جريدة الاتحاد (17 جويلية 2021)، كشف رئيس الجمعية الجزائرية للتكوين والبحث في أمراض السرطان ونائب رئيس رابطة الأطباء العرب لمكافحة السرطان ورئيس مصلحة طب الأورام بمركز البليدة البروفسور "عدة بونجار"، أن الجزائر تسجل سنويا حوالي (50.000) حالة إصابة بالسرطان، وبالنسبة للسرطانات المنتشرة في الجزائر كشف ذات المتحدث أن سرطان الثدي يأتي بالدرجة الأولى، حيث تسجل الجزائر (12000) حالة سنويا ما يمثل نسبة 25بالمائة.

وبالحديث عن سرطان الثدي باعتباره مرض خطير يهدد حياة المرأة فقد تكون له تداعيات يخلفها على حالتها النفسية، فمجرد الإعلان عن الإصابة به يمكن أن يشكل صدمة نفسية تتلقاها المرأة لتخلف بذلك اضطرابات نفسية عدة كالقلق والخوف الاكتئاب، قلق الموت... وهذا ما قد يؤثر على صحتها النفسية Santé psychique فالصدمة النفسية تمثل استجابة غير عادية لحدث صدمي يتصف بالمفاجئة ويهدد سلامة الفرد الجسدية والنفسية، وينجر عنها اضطرابات عدة تكون مرافقة لها، وهي أول رد فعل لحظة تشخيص المرض حيث تظهر في أعراض وسلوكيات عدة من شأنها الحفاظ على الاتزان النفسي كعدم تقبل المرض وإنكاره والانسحاب الاجتماعي وردود فعل صدمية في بداية الإعلان، وقد يؤدي هذا إلى الشعور بالاكتئاب والقلق واليأس وفقدان الثقة بالنفس، الشعور بالحزن والمعاناة، اضطرابات في النوم والشهية، كما قد تفقد المرأة اهتمامها بالأنشطة اليومية ويمكن أن يلاحظ عليها نقص في التركيز وكثرة الأفكار التشاؤمية، وقد تظهر عليها أيضا أعراض جسمية كنقص في الوزن، والشعور الدائم بالتعب والارهاق.

وباعتبار الثدي عضو مهم بالنسبة للمرأة ورمز لأنوثتها فإن تعرضه للضرر قد يكون كفيل بإدخالها في معاناة نفسية حادة يمكن أن تُسفر بذلك الصدمة النفسية للمرض عن ظهور الاكتئاب، انخفاض تقدير الذات، واضطرابات القلق وقد تفقد المريضة الأمل وتسيطر عليها أفكار عن الموت وفقدان القيمة، فالاكتئاب يتجسد في الفقدان سواء كان فقدان حقيقي أو تخيلي، وفي مثل هذه الحالة فإن هاجس المرأة هو فقدان ثديها الذي يمثل الهوية الجنسية بالنسبة لها، فحتى وأنها لم تقم بعملية البتر، إلا أنها يمكن أن تكون دائمة الإحساس بالفراغ في منطقة الثدي وقد تراودها أفكار ومشاعر على أنها فقدت ثديها فالخسارة سواء كانت حقيقية أو متخيلة قد ينتج عنها الاكتئاب لتتفاقم بعد ذلك الأعراض السابقة الذكر وهذا بمثابة حدث قاسي تختبره المرأة في حياتها.

وإن الاكتئاب منتشر بكثرة لدى مرضى سرطان الثدي حيث توصلت دراسة (Schreine AM Williams SA, 2004) أن انتشار الاكتئاب بينهم وصل إلى ما يقرب من 50 % في السنة الأولى وانخفض إلى 15% في السنة الخامسة بعد التشخيص وهذه نتيجة الدعم النفسي لمرضى السرطان الذي يعتبر ضروري خاصة في السنة الأولى وهذا لمساهمته في خفض المعاناة عن المريض. **(بوزار، جعلاب، 2018، ص 142)**

وسرطان الثدي الذي يمكن وصفه بأنه حدث صدمي ونقطة تحول في حياة المرأة قد يدخلها في دوامة معاناة واكتئاب وتعب وإرهاق وألم جسدي ونفسي، فهو يشكل تحدي بالنسبة لها ولا بد من تجاوزه، فبالإضافة إلى استخدامها لميكانيزم الإنكار وعدم تقبل المرض في البداية، فهي تميل بعد ذلك إلى الجانب الديني الذي لا بد منه للتخفيف من المعاناة ومخلفات المرض الجسمية والنفسية التي كانت دخيلة على حياتها ومفاجئة لها، فهذا الجانب قد يساهم في التقليل من حدة المرض والمعاناة، لما يبعث من قوة وإيمان وإيجابية للمواجهة والصمود والتخفيف من المعاناة النفسية والاكتئاب والحزن ويزيد من التفاؤل والأمل وتقبل المرض ما يعيد التوازن لحياة المرأة إلا أن هذا يختلف من حالة إلى أخرى، ويرجع ذلك إلى الاختلاف في الشخصيات والقدرات والمعارف وغيرها من الفروق الفردية، فنجد أن بعض الحالات رغم تمسكهن بالجانب الديني واللجوء إليه كوسيلة دفاعية ضد واقعة المرض، إلاّ أنّ شدة الصدمة وحدتها وقسوة الإعلان ومعرفة

الإصابة بمرض سرطان الثدي الذي يوحي مباشرة إلى الموت، تكون أكبر من قدرة الأنا على التحمل، بحيث مهما كان اللجوء ظاهريا إلى الجانب الديني فإن المريضة تكون باطنيا تخفي ألمها وعدم تقبلها للمرض.

ولا بد أيضا الأخذ بعين الاعتبار أن العلاج الكيميائي في حد ذاته يُمكن أن يخلّف أعراض غير مرغوب فيها، وكذلك مدى تقبل المرأة له من شأنه أيضا أن يُظهر أعراض اكتئابية لديها وهذا ما توصلت إليه دراسة (Pereira MG et al, 2012) أن المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض تبدو عليهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وأما الذين تلقوا العلاج الكيميائي فكانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم. كما أشارت أيضا دراسة (Epping & all 1990) أن المصابات بسرطان الثدي يعانين من مستويات مرتفعة من القلق وأعراض الاكتئاب بعد تشخيص المرض وفي أثناء فترة العلاج. **(منصوري، جلطي، 2022، ص 275)**

ومما سبق ارتأى الباحثان من خلال هذه الدراسة إلى الخوض في الاضطرابات النفسية التي يخلفها الإعلان عن هذا المرض سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد وخصصنا بذلك الصدمة النفسية والاكتئاب وحاولنا معرفة أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى حالات الدراسة، وذلك من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- هل يشكل الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي حدث صدمي لدى المرأة؟
- هل يمكن التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq؟
- ما مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي؟

II. فرضيات الدراسة:

- يشكل الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي حدث صدمي لدى المرأة.
- يمكن التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq.
- مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي شديد.

III. أسباب اختيار الموضوع:

يعتبر المنهج العيادي أحد أهم مناهج علم النفس، فهو يختص بدراسة الفرد كوحدة متكاملة بتقييم فردي للوصول إلى فهم أوسع لوضعية المريض والكشف عن معاناته وتحديد مختلف أعراضه، ومنه فإن استخدام المنهج العيادي بتجسيد دراسة عيادية على حالات يُمَكّن أكثر من التعمق من أجل فهم أوسع للانفعالات والمشاعر والحالة النفسية للأفراد وتفسيرها. وعليه فإن أسباب اختيار الموضوع تمثلت فيما يلي:

1. **الأسباب الذاتية:**

- الاهتمام الشخصي بموضوع الصدمة النفسية والاكتئاب.
- الاهتمام الشخصي بفئة مريضات سرطان الثدي والرغبة في معرفة حالتهن النفسية جراء صدمة الإصابة بالمرض.
- التقرب أكثر من هاته الفئة الحساسة ومحاولة تقديم الدعم النفسي لها.
- الرغبة في التطلع أكثر حول مريضات سرطان الثدي من أجل الإلمام بكافة الجوانب الواجب توفرها في المختص النفسي من أجل التعامل مع هاته الفئة.

2. **الأسباب الموضوعية:**

- نقص الدراسات التي تناولت موضوع الصدمة النفسية والاكتئاب عند مريضات سرطان الثدي في إطار دراسة إكلينيكية.
- محاولة إثراء البحث العلمي بإضافة بعض العناصر الهامة التي تساعد الطالب في بحثه باعتبار الدراسة مرجع لطلبة آخرين.
- إعطاء الحافز والفضول لدراسة الموضوع بطريقة أخرى، مثلا دراسة الحالة النفسية للمختص النفسي العامل في مجال الأمراض السرطانية.

فالدراسة الحاليّة في سياقها العلمي والإكلينيكي هي موضوع متشعب ويفسح المجال أمام العديد من الدراسات الأخرى لفهم الجلد النفسي، المرونة النفسية والتكيف لدى مرضى السرطان، وكذلك الفرق بين الجنسين في حالة النفسية نتيجة الإصابة بسرطان الثدي.

IV. أهداف الدراسة: يمكن تحديد أهداف الدراسة فيما يأتي:

- ✓ معرفة ما إذا كان الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يشكل حدث صدمي لدى المرأة ومستوى الصدمة لديها.
- ✓ التأكد من أنه يمكن التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq.
- ✓ التأكد من مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

V. أهمية الدراسة: تتضح أهمية الدراسة فيما يلي:

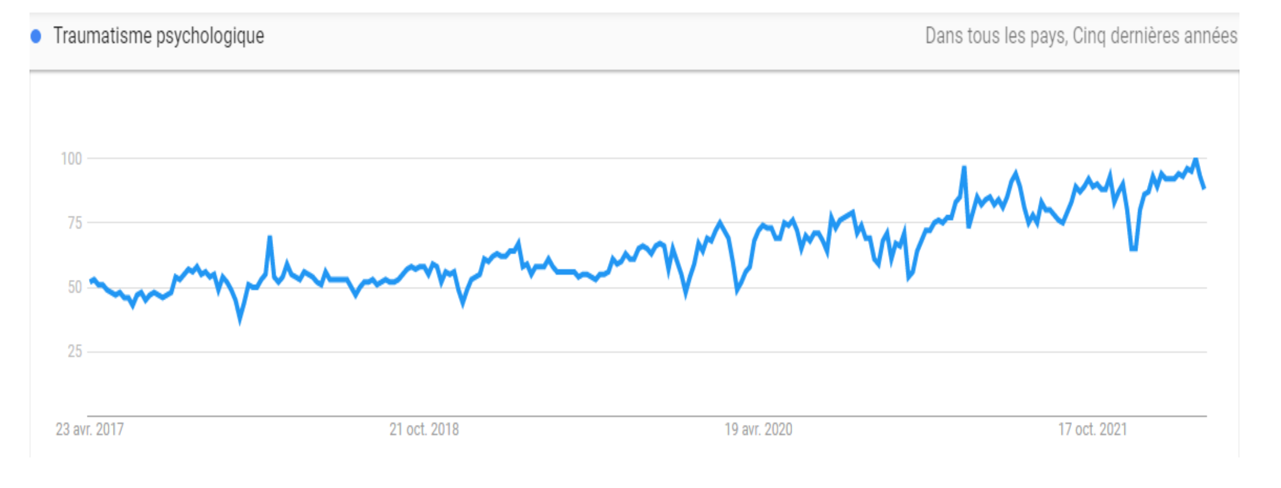
1. الأهمية العلمية والنظرية:

- تطرق الدراسة لإحدى الموضوعات البحثية المهمة في علم النفس وهي الصدمة النفسية والاكتئاب.
- تُوفّر الدراسة بعض المعلومات الهامة والمختلفة حول الصدمة النفسية والاكتئاب وسرطان الثدي، كما تساهم في تسليط الضوء على الربط بين تلك المفاهيم الثلاث.
- يمكن الاستفادة من الدراسة ونتائجها حول التساؤلات المطروحة من قبل الباحثين والعاملين في المراكز الخاصة بالسرطان والجمعيات الخيرية، لبذل جهد من أجل التخفيف من المعاناة النفسية للمرضى.
- تساهم الدراسة في الكشف عن مدى تأثر الحالة النفسية للمرأة نتيجة الإصابة بسرطان الثدي.
- يمكن أن تكون هذه دراسة مرجع للطلبة للاستفادة منها في بحوثهم حول الصدمة النفسية والاكتئاب وسرطان الثدي.

2. إبراز قيمة البحث عن موضوع الصدمة النفسية والاكتئاب في الفضاء الرقمي الأكاديمي على موقع Google Trends:

1.2. إبراز قيمة البحث عن الصدمة النفسية:

من خلال تصفح موقع Google Trends تبين لنا أهمية موضوع الصدمة النفسية عالميا سواء من ناحية تطور الاهتمام بالبحث أو من ناحية عدد البحوث حول مختلف دول العالم وذلك على مدى الخمس سنوات الأخيرة من (2017-2021)



شكل (01): يبين منحنى يوضح تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الصدمة النفسية عالميا.

يتبين من خلال المنحنى (01) أن تتطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الصدمة النفسية عالميا كان في حدود المتوسط من سنة 2017 حتى منتصف سنة (2020) وتميز عدد الأبحاث بالتذبذب بين أقل من (50%) كحد أدنى و(75%) كحد أقصى، أما في منتصف سنة (2020) حتى سنة (2021)، وصل العدد الكلي للبحث إلى أعلى نسبه تقريبا ليعرف صعودا وهبوطا بين (75%) و(100%).

وبالنسبة للدول الأكثر اهتماما بالموضوع فنحدد بعضها وأكثرها اهتماما في الشكل التالي:



الشكل (02): يبين خريطة توضح توزيع بعض دول العالم الأكثر اهتماما بموضوع الصدمة النفسية.

يتبين من خلال الخريطة (02) التي توضح توزيع بعض دول العالم الأكثر اهتماما بموضوع الصدمة النفسية، أنه موضوع واسع الانتشار في البحث على مستوى معظم دول العالم، إلا أن (أستراليا، وكندا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليابان، نيوزيلاندا) بالترتيب هي الدول التي شهدت أكثر النسب في البحث.

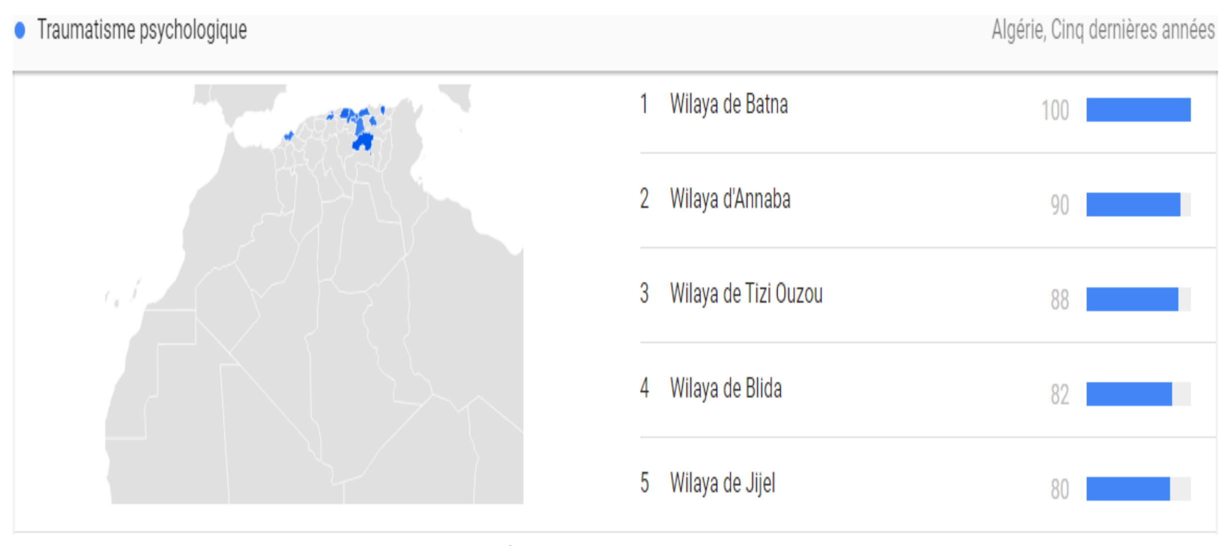
أما عن تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الصدمة النفسية على مستوى الجزائر وتوزيع الولايات الأكثر اهتماما به وذلك على مدار الخمس سنوات الأخيرة في الفترة الممتدة من (2017-2021) فنحددها فيما يلي:



شكل (03): يبين منحنى يوضح تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الصدمة النفسية في الجزائر.

يتبين لنا من خلال المنحنى (03) أنه خلال السنوات من (2017) إلى (2020) عرف الاهتمام بالبحث عن موضوع الصدمة النفسية تذبذبا كبيرا بين الانخفاض الحاد إلى أن يصل إلى الذروة (100%) لينخفض بعدها مباشرة ليعرف تذبذب جديد وارتفاعا وانخفاضا في نسب البحث.

وتوزيع الاهتمام حسب الولايات في الجزائر خلال الخمس سنوات الأخيرة فكان كما يلي:

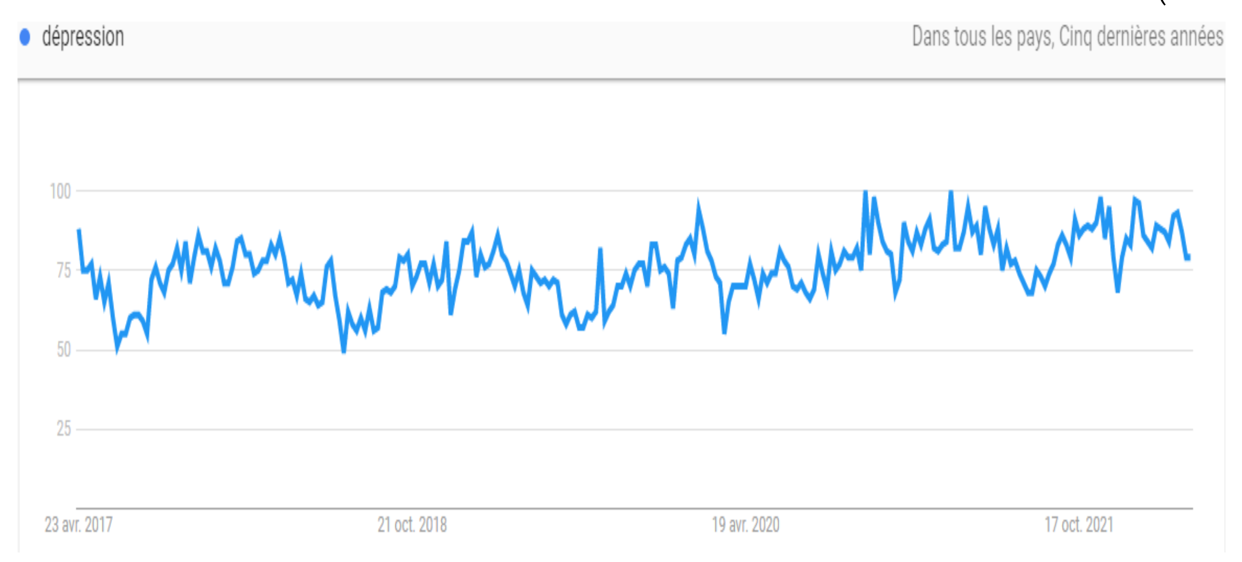


الشكل (04): يبين خريطة توضح توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع الصدمة النفسية.

يتبين من خلال الخريطة (04) أن الولايات الأكثر اهتماما بموضوع الصدمة النفسية تتمركز في ولايات الشرق وتقل في ولايات الوسط وتكاد البحوث تكون معدومة في ولايات الغرب، أما الجنوب وباقي ولايات الغرب والوسط فالاهتمام بالبحث عن الموضوع منعدم فيها. فترى أن الولايات الأكثر اهتماما بالترتيب تتمثل في (باتنة، عنابة، تيزي وزو، بليدة، جيجل)، وغياب ولاية قالمة في القائمة ما هو إلا دليل على نقص الأبحاث حول هذا الموضوع.

2.2. إبراز قيمة البحث عن موضوع الاكتئاب:

من خلال تصفح موقع Google Trends تبين لنا أهمية موضوع الصدمة النفسية عالميا سواء من ناحية تطور الاهتمام بالبحث أو من ناحية عدد البحوث حول مختلف دول العالم وذلك على مدى الخمس سنوات الأخيرة من (2017-2021)



شكل (05): يبين منحنى يوضح تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الاكتئاب عالميا.

من المنحنى (05) يتبين لنا أن نسب الاهتمام بالبحث عن موضوع الاكتئاب عالميا مستقر بين (50%) و(100%) في شكل ثابت تقريبا على مدى السنوات من (2017) حتى (2021).

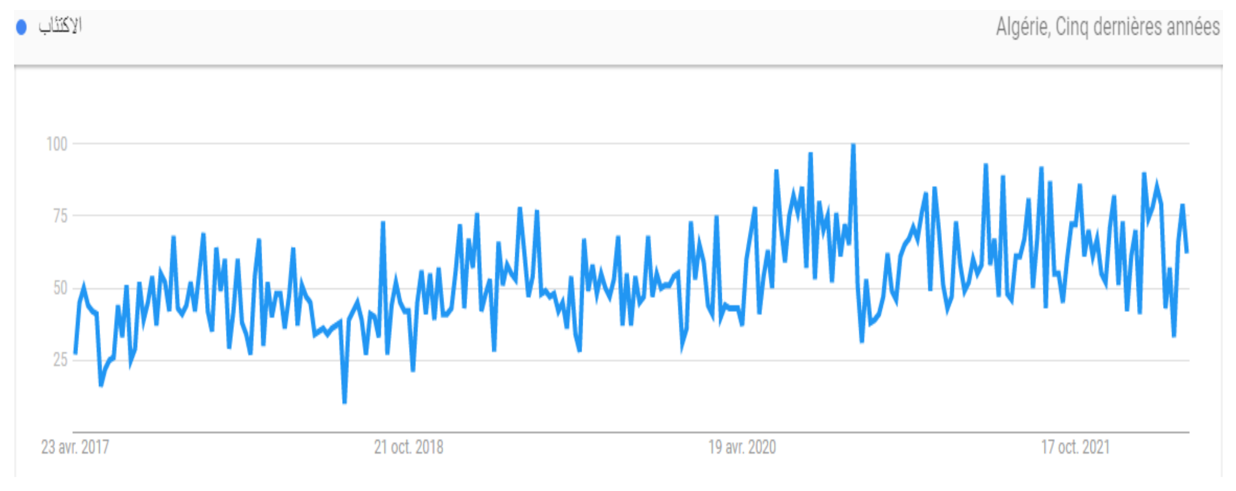
وبالنسبة للدول الأكثر اهتماما بالموضوع فنحدد بعضها وأكثرها اهتماما في الشكل التالي:



شكل (06): يبين خريطة توضح توزيع بعض دول العالم الأكثر اهتماما بموضوع الاكتئاب.

من الخريطة (06) يتبين لنا أن الدول التالية هي الأكثر اهتماما بموضوع الاكتئاب وهي بالترتيب كما يلي: الفيليبين بنسبة (100%) تليها الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة (92%)، ثم جنوب إفريقيا بنسبة (86%)، وبعدها أستراليا بنسبة (79%)، وأخيرا المملكة المتحدة بنسبة (89%).

أما عن تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الصدمة النفسية على مستوى الجزائر وتوزيع الولايات الأكثر اهتماما به وذلك على مدار الخمس سنوات الأخيرة في الفترة الممتدة من (2017-2021) فنحددها فيما يلي:



شكل (07): يبين منحنى يوضح تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الاكتئاب في الجزائر.

من خلال المنحنى (07) يتبين لنا أن تطور الاهتمام بالبحث عن موضوع الاكتئاب عرف تذبذبا في السنوات من (2017) إلى (2020) وذلك بين أقل من (25%) و(75%)، إلى أن وصل إلى أعلى نسبه في منتصف سنة (2020)، لينخفض بعد ذلك مباشرة إلى نسبة (25%) تقريبا، ثم يعود الاهتمام بالبحث بعد ذلك إلى الاستقرار بين (50%) وأكثر من (75%).

وتوزيع الاهتمام حسب الولايات في الجزائر فكان كما يلي:

Algérie, Cinq dernières années — الاكتئاب

1	Wilaya de Aïn Defla	100
2	Wilaya de Djelfa	95
3	Wilaya de M'Sila	91
4	Wilaya de Skikda	88
5	Wilaya de Jijel	87

شكل (08): يبين خريطة توضح توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع الاكتئاب.

يتبين لنا من خلال الخريطة (08) أن الولايات الأكثر اهتماما بالبحث عن موضوع الاكتئاب هي بالترتيب كما يلي: ولاية عين الدفلة، ولاية الجلفة، ولاية المسيلة، ولاية سكيكدة، وأخيرا ولاية جيجل، وعدم وجود ولاية قالمة ضمن الدول الأكثر اهتماما بالبحث عن الموضوع يدل على قلة الاهتمام بالبحث عنه، ويدخل ضمن الأسباب التي اخترناه فيها.

VI. التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

1. الصدمة النفسية:

هي استجابة الحالات على "استبيان تقييم الصدمة النفسية TRAUMAQ" (2006)، والذي يتكون من جزئين، جزء إجباري وجزء اختياري، حيث يحتوي الجزء الإجباري على ردود الفعل الفورية (أثناء الحدث) والاضطرابات النفسية (ما بعد وقوع الحدث) ويتكون من 10 مقاييس يتضمن كل مقياس عناصر مختلفة من (05 إلى 11) عنصر. والجزء الثاني الاختياري ولم نطبقه في هذه الدراسة، حيث يتكون من 13 عنصرا تتوافق مع المجموعات الرئيسية للأعراض التي تم تقييمها في الجزء الأول من الاستبيان.

وتعرف على أنها استجابة غير عادية لحدث صدمي ومفاجئ يهدد سلامة الفرد الجسدية والنفسية يتمثل في الإصابة بسرطان الثدي، وتؤثر على الحالة النفسية للفرد ما يدخله في اضطرابات عدة منها الاكتئاب.

2. الاكتئاب:

هو استجابة الحالات على قائمة بيك الثانية للاكتئاب (1961) وبالتحديد قائمة بيك الثانية BDI-II والتي تتكون من 21 مجموعة كل مجموعة ب 04 عبارات، أعده بيك وترجمه إلى العربية غريب عبد الفتاح عام 1985، وتم تقنينه على البيئة الجزائرية سنة (2010) بواسطة بشير معمرية.

وهو اضطراب نفسي يتمظهر في الشعور الدائم بالحزن فقدان الأمل والشعور باليأس، فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية، اضطرابات في النوم والأكل، الشعور بعدم القيمة وسوء تقدير الذات، عدم القدرة على التركيز، وفقدان الثقة بالنفس.

3. سرطان الثدي:

هو ورم خبيث ينمو في الغدة الثديية، يتمثل في مجموعة من الخلايا الشاذة التي تنمو بطريقة غير مضبوطة تلحق الضرر بالأنسجة السليمة في الثدي، ويمكن أن تنتشر في كامل أجزاء الجسم، حيث أنه يجب الكشف والتدخل المبكر من أجل العلاج ولتفادي الانتشار. كما أنه يصيب النساء والرجال أيضا لكن نسبة انتشاره بين النساء أكبر بكثير من نسبة انتشاره بين الرجال. حيث حسب منظمة الصحة العالمية في (17 مارس 2021) صرحت أن نسبة الإصابة به بين الرجال لا تتجاوز (0,5-1%).

4. المرأة المصابة بسرطان الثدي:

هي المرأة التي تم تشخيصها من قبل أطباء مختصين في علم الأورام والأمراض المزمنة، وذلك نتيجة تحاليل وفحوصات خاصة بأنها مصابة بسرطان الثدي.

VII. الدراسات السابقة:

1. الدراسات بالعربية:

دراسة جهاد براهمية، نادية بوشلالق (2016). بعنوان: " الألم النفسي لدى مرضى السرطان".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان و معرفة الفروق في مستوياته وفق متغير الجنس السن ونوع العلاج، تم استخدام المنهج الوصفي في الدراسة على عينة قدرها (230) مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان واستعمل مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21)الذي وضعه P.F Lovibond سنة 1993 Scale depression, anxiety and stress.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن حوالي (69 68%) يعانون من اكتئاب و (63.04%) من قلق منخفض، بينما (47.82%) لديهم ضغط متوسط، وتبين أن هناك فروقا دالة في مستوى الاكتئاب القلق والضغط وفقا للسين وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور كما اتضح وجودها في مستوى الضغط الحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للمن من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقديم الألم النفسي وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة. **(براهمية، بوشلالق، 2016، ص 309)**

دراسة نوار عادل محمد عبد الحليم (2016). بجامعة القاهرة والمعنونة ب: "المقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان"

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة الفروق بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت، بطرحها لتساؤلين حول هذا الصدد كما يلي:

- هل توجد فروق بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب؟
- هل توجد فروق بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير قلق الموت؟

لتجيب عليهما بفرضيتين تمثلا في:

- توجد فروق بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب.
- هل توجد فروق بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير قلق الموت.

واعتمدت على المنهج الوصفي باختيارها لعينة بطريقة قصدية قدارها (17) مريض قسموا إلى مجموعتين شملت الأولى على مرضى بمستوى إصابة بسيط مكونة من (07) مبحوثين، وشملت المجموعة الثانية على مرضى بمستوى إصابة متوسط ومكونة من (10) مبحوثين.

حيث تم استخدام مقياس قلق الموت ل "زينب محمود الشقيري"، ومقياس الاكتئاب ل "بيك".

وتوصلت الدراسة إلى تحقيق الفرضيتين المصاغتين بوجود فروق بين مرضى السرطان من درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغير الاكتئاب وقلق الموت. **(نوار، 2016، ص 2-9)**

دراسة فضيلة عروج (2017)، بعنوان: "دراسة نفسية عيادية لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان".

كان الهدف الرئيسي من الدراسة هو التعرف على أهم التناذرات النفسية الصدمية المميزة لحالة الإجهاد ما بعد الصدمة التي تعاني منها العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، وذلك باتباع المنهج العيادي (دراسة حالة) وتكونت عينة الدراسة من (04) حالات من العازبات المبتورات الثدي جراء الإصابة بالسرطان، وذلك عن طريق تطبيق تقنية تحليل مضمون المقابلة العيادية نصف الموجهة واستبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ وسلم إجهاد الصدمة المنقح IES-R.

وقد أكدت النتائج المتوصل إليها معاناة أفراد العينة من تناذرات نفسية صدمية ممثلة في حالة الإجهاد ما بعد الصدمة تصاحبها مجموعة من التظاهرات العيادية المعبرة إكلينيكيا: كالانخفاض في تقدير الذات، الاكتئاب، الانحدار والتغير السلبي لنوعية حياة العازبات بفعل الأحداث الصادمة المعاشة منذ لحظة الإعلان عن خبر الإصابة بسرطان الثدي. **(عروج، 2017، ص 02)**

دراسة الماحي زوبيدة (2018)، تحت عنوان: "المعاش النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي بالجزائر".

الهدف الرئيسي من الدراسة هو الكشف عن المعاش النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي، مع تحديد أهم الاضطرابات التي تعيشها جراء إصابتها منذ المراحل الأولى لظهوره، وذلك من خلال اتباع المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة وتكونت عينة الدراسة من (20) امرأة مصابة بسرطان الثدي، باستخدام اختبارين إسقاطيين وهما "الروشاخ ورسم الشخص"، إضافة إلى اختبارين موضوعين وهما "تايلور للقلق وبيك للاكتئاب".

وتوصلت الدراسة إلى أن سرطان الثدي يؤثر بشكل كبير على المعاش النفسي للمرأة المصابة به، كما أن له علاقة مباشرة بظهور عدة اضطرابات نفسية لديها كالقلق والاكتئاب والإحباط علاوة على انتشار الاضطرابات العلائقية مع محيطها، كما أثبتت الدراسة أن المساندة النفسية للمصابات بهذا المر تساعدهن على تقبله. **(الماحي، 2018، ص 10)**

دراسة يوسف بوزار ومحمد الصالح جعلاب، (2019)، والمعنونة ب: "الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نتيجة الإعلان عن التشخيص".

هدفت الدراسة إلى الوقوف على أهم الاضطرابات والمشاكل النفسية التي تظهر لدى النساء المصابات بسرطان الثدي نتيجة الإعلان عن التشخيص كالاكتئاب، القلق، الخوف، تصورات الموت، باتباع المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة وشملت عينة الدراسة على (04) نساء، استخدم معهن المقابلة نصف الموجهة ومقياس الاكتئاب لأرون بيك.

ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي يظهرن أعراضا صدمية واستجابات اكتئابية نتيجة الإعلان عن تشخيص سرطان الثدي. **(بوزار، جعلاب، 2019، ص 139)**

دراسة زكراوي حسينة (2019)، بعنوان: "كرونولوجيا سرطان الثدي: تداعيات الصدمة، خصوصية المعاش النفسي، مآل المرض".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مميزات كرونولوجيا سرطان الثدي منذ زمن الإعلان عن التشخيص إلى زمن ما بعد العلاج وذلك عن طريق المنهج الكيفي بعينة مقسمة إلى مجموعتين كل مجموعة ب (06) أفراد اختيروا بشكل قصدي يناسب أهداف الدراسة، وذلك باستخدام مجموعات للمناقشة Focus Group القائمة على دليل للمقابلات الجماعية مقسم إلى ثلاثة (03) محاور:

حيث تضمن المحور الأول التطرق إلى موضوع الإصابة بسرطان الثدي بين ما تدركه المصابة، التصورات الاجتماعية للمرض، أهمية الجانب الديني في تسيير تجربة الإصابة بسرطان الثدي.

والمحور الثاني تضمن خصوصية تجربة الإصابة بسرطان الثدي لدى المصابات وأهم العوامل المتدخلة فيها.

وشمل المحور الثالث على توقعات المصابات بسرطان الثدي اتجاه مآل المرض في ارتباطها بمختلف مجالات الحياة.

وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي أظهرن تظاهرات نفسية صدمية، تبعات سلبية ومعاشات مؤلمة في مختلف مراحل الإصابة بالمرض يتم بالرجوع إلى توظيف المصادر النفسية، الدينية والروحانية العلائقية والاجتماعية المتوفرة لدى المصابات كمصادر داخلية أو خارجية تغير مسارها إيجابيا وتعيد التوازن من جديد. **(زكراوي، 2019، ص 100)**

دراسة منصوري ليلى وجلطي بشير (2022). بعنوان: "الصدمة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الصدمة النفسية لدى المرأة حديثة الإصابة بسرطان الثدي، مع معرفة أهم الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة النفسية، وذلك باستخدام المنهج العيادي واستبيان تقييم الصدمة النفسية TRAUMAQ وتمثلت عينة الدراسة في حالة واحدة متواجدة بالمستشفى الجامعي بن زرحب -وهران.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن: المرأة حديثة الإصابة بسرطان الثدي تعاني من مستوى مرتفع من الصدمة النفسية، وأهم الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية لديها هي الاكتئاب والقلق. **(منصوري، جلطي، 2022، ص 273)**

2. الدراسات الأجنبية:

دراسة Mark. T. Hegel وآخرون (2006). والمعنونة ب: "الضيق، المتلازمات النفسية، وضعف الوظائف لدى النساء المصابات بسرطان الثدي المشخّص حديثاً"

قام المؤلفون بتقييم 236 مريضًا تم تشخيصهم حديثًا في وقت إجرائهم استشارة ما قبل الجراحة في برنامج دارت الشامل Dart-Mouth لسرطان الثدي بمركز هيتشكوك الطبي في لبنان Hitchcock medical center in Lebanon, NH.

وقد استخدموا في ذلك عدة مقاييس مختلفة لقياس الحالة النفسية لأفراد العينة وهي: the distress thermomaitre (DT)، the patient health questionnaire (PHQ) والذي يستعمل لقياس الاكتئاب، اضطراب الهلع، واضطراب القلق العام، the screen for post traumatic stress disorder (PC-PTSD).

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن 41 % من المرضى تم تصنيفهم في الدلالة الاكلينيكية على مقياس حرارة الضيق بأنهم غير قادرين على الاستغاثة $(ie, > 5, o - 10\ scale)$ وقد تجاوز ما يقارب النصف 47 % من المرضى العتبات محددة للإيجابية على حاجز I أو أكثر للضيق أو الاضطرابات النفسية المعدل السائد للاكتئاب الشديد (60 % من هؤلاء المرضى يعانون من اكتئاب معتدل إلى اكتئاب اشديد الحدة (في حين كان 10 % يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. (PTSD) حيث تتداخل الأعراض العاطفية بشكل ملحوظ مع الوظيفة اليومية في كلا المجموعتين، من بين مرضى الاكتئاب، كان 56 % منهم يأخذون بالفعل علاج المؤثرات العقلية، ومع ذلك لا يزالون يستوفون معايير الفحص الخاصة بالاكتئاب الشديد.

وخلصت الدراسة إلى أن الاضطراب الانفعالي والمتلازمات النفسية (الاكتئاب الشديد وPTSD كانت منتشرة لدى أفراد العينة بشكل ملحوظ، وضعف الوظائف كان مؤكد لدى مرضى اضطراب ما بعد الصدمة ومرضى الاكتئاب، وكتوصيات على الأبحاث المستقبلية أن تحسن إجراءات الفرز الحالية وتطور التدخلات من أجل أفضل السبل لمعالجة الاضطراب الانفعالي والاضطرابات النفسية لدى مرضى سرطان الثدي المشخصين حديثا. **(Hegel & al, 2006, p 2924-2926)**

دراسة Manoudi. F وآخرون (2010). تحت عنوان: "الاضطرابات الاكتئابية لدى مرضى السرطان –دراسة مغربية بمراكش-

هدفت الدراسة إلى تقدير مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان، ووصف ملامحهم الاجتماعية والديمغرافية والعيادية وتحديد العوامل المحتملة التي تؤثر بداية الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى، تم إجراء دراسة مقطعية وصفية حيث تكونت عينة الدراسة من 100 مريض بمختلف أنواع السرطانات، وذلك باستخدام استبيان خاص بالأسئلة من قبل قسم الطب النفسي والمقابلة المنظمة حسب معايير DSM4 (المقابلة العصبية والنفسية) لتشخيص الاكتئاب، ومقياس بيك لتقييم شدة الاكتئاب.

ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن انتشار الاكتئاب 15%، 26.7% منه شديدا، و60% متوسطا، 13,3% كان خفيفا. وكثيرا ما يصيب الاكتئاب النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 37 و50 عاما المتزوجات ولم يذهبن إلى المدرسة مطلقا والمصابات بالسرطان. وكان الاكتئاب أيضا بارزا عند المرضى الذين لا يتلقون السند الاجتماعي من بيئتهم الأسرية. **(Manoudi et autres, 2010, p 13)**

دراسة A. Purushotham وآخرون (2013). بعنوان: "السرطان والصحة العقلية-حاجة عيادية وبحثية لم تتم تلبيتها".

والتي هدفت إلى: معرفة العلاقة بين السرطان والصحة النفسية لدى الافراد المصابين بالسرطان وقد تم دراسة 1463 حالة مريضة بالسرطان على مدى 10 سنوات عن طريق الاختيار العشوائي وقد توصل البحث إلى: اختلاف الإصابة بضغوط ما بعد الصدمة حسب نوع السرطان يسيطر سرطان الثدي ب 21% يليه سرطان البروستات ب 05% وسرطان الرئة 03% وسرطان القولون المستقيم ب 02% وسرطان الفم ب 02%. وقد كان مجال الاكتئاب احادي القطب هو المجال الأكثر دراسة في السرطان. **(Purushotham & al, 2013)**

VIII. التعقيب على الدراسات السابقة:

انطلقت الدراسات السابقة من نقطة محورية مهمة تشترك فيها مع دراستنا الحالية، وهي دراسة الحالة النفسية لمرضى السرطان، وتبين أن معظمها لها نفس الهدف حتى وإن اختلفت مصطلحات وطريقة صياغته، كما اتضح لنا جليا أنها تتفق مع دراستنا في الكثير من الجوانب فمعظمها تناولت الصدمة النفسية والاضطرابات الاكتئابية التي تخلفها الإصابة بسرطان الثدي، وهذا ما جعلنا نستفيد منها في اختيار أدوات ومقاييس الدراسة ومناقشة نتائج دراستنا بناء على تلك الدراسات السابقة، كما نلاحظ أن دراستنا تتفق مع معظم الدراسات في العينة وهي سرطان الثدي ولكن اختلفت في منهج الدراسة حيث أن بعضها لجأت إلى المنهج الوصفي.

فمن حيث الهدف، اتفقت دراستنا مع الدراسات السابقة في دراسة المعاناة النفسية لمريضات سرطان الثدي، حيث أن بعضها هدفت إلى دراسة مستوى الصدمة النفسية والتناذرات والاضطرابات الناتجة عنها والتي تمثلت في الاكتئاب والقلق وركزت جميعها على دراسة مستوى الاكتئاب لديهن وانتشاره بكثرة لدى النساء المصابات.

أما من حيث المنهج فبعضها اعتمد على المنهج العيادي وبعضها اعتمد على المنهج الوصفي وذلك حسب أهداف كل دراسة والامكانيات المتوفرة وظروف الدراسة، فنلاحظ أن الدراستين اللتان تتفق مع دراستنا الحالية في الأهداف والأدوات اعتمدت على المنهج العيادي في دراستها.

إذ أن استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ الذي استخدمناه هو الوحيد الذي يناسب دراستنا ويمكننا من تحقيق فرضياتنا، وهو ما اتفقت عليه دراسة فضيلة عروج (2017)، ودراسة منصوري ليلى وجلطي بشير (2022)، واللتان اعتمدتا بدورهما على المنهج العيادي وهو ما يتماشى مع دراستنا الحالية، بالإضافة إلى أن باقي الدراسات استخدمت مقياس بيك لقياس مستوى الاكتئاب لدى المصابات بسرطان الثدي.

وبالنسبة لعينة الدراسة فمعظم الدراسات تتفق مع دراستنا في اختيارها للنساء المصابات بسرطان الثدي، حتى وأن بعضها لم يعبر عنها صراحة، إلاَ أنها توصلت في نتائجها إلى أن مستوى الاكتئاب يكون مرتفع عند النساء المصابات بسرطان الثدي مقارنة بالسرطانات الأخرى.

وما يمكن تلخيصه مما سبق هو أن دراستنا الحالية في قالبها العيادي تتفق جزئيا مع دراسة فضيلة عروج (2017) ودراسة منصوري ليلى وجلطي بشير (2022)، ودراسة محمد الصالح جعلاب، يوسف بوزار (2019)، وذلك سواء من ناحية المنهج الهدف، الأدوات، أو العينة، وتتفق سطحيا مع باقي الدراسات، والاختلاف الطفيف بين دراستنا والدراسات السابقة هو أن دراستنا تهدف صراحة للكشف عن مستوى الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي ومدى تأثير ذلك في ظهور الاكتئاب لديها.

الفصل الثاني: الصدمة النفسية.

تمهيد.

I. لمحة تاريخية عن الصدمة النفسية.

II. الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات الصّلة بها.

III. النظريات المفسرة للصدمة النفسية.

IV. تشخيص الصدمة حسب DSM

V. أنواع الصدمات النفسية.

VI. عوامل وأعراض الصدمات النفسية.

VII. مراحل حدوث الصدمة.

VIII. آلية حدوث الصدمة.

IX. بعض الاضطر ابات النفسية المصاحبة للصدمة النفسية.

X. التناذرات الأساسية للصدمة النفسية.

XI. صدمة الاعلان عن مرض السرطان.

XII. علاج الصدمة النفسية.

خلاصة

الفصل الثاني: الصدمة النفسية

تمهيد.

إن الانسان دائما ما يتعرض لمواقف تؤثر على توافقه النفسي وتسبب له ضغوط نفسية تؤثر على تكيفه وتختلف هذه المواقف في شدتها، فمن المواقف ما له من الفجائية والشدة ما يكفي لأن يصبح حدث صدمي.

وباختلاف طبيعة الأفراد قد تصبح هذه الأحداث الصادمة صدمات عندما تفوق قدرة الفرد على التحكم خاصة إذا ما ارتبطت بالموت الذي ينجرّ عنهُ فقدان عزيز أو الكوارث والحروب أو الإصابة بمرض خطير يهدد الحياة.

وتشمل هذه الصدمات الذات عندما يواجه الفرد التهديد بالموت من خلال التعرض لحادث أو الإصابة بمرض خطير وهذه الصدمات قد يتجاوزها الفرد ويكمل حياته بطريقة طبيعية، وقد يفشل في تخطيها وتؤثر عليه طوال حياته.

وسنحاول التطرق في هذا الفصل إلى مختلف جوانب الصدمة من تعريف وأعراض وأسباب وطرق العلاج وصدمة الإعلان عن مرض السرطان محاولين ربطها بموضوع الدراسة: أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

I. لمحة تاريخية عن الصدمة النفسية:

تعتبر كلمة صدمة من الكلمات اليونانية القديمة والتي تعني الجرح. وقد تم استعمال مصطلح الصدمة في العلوم الفيزيائية والطب وعلم النفس. **(Crocq et autre, 2013, p 11)** فمنذ بداية البشرية وهي تعاني من ضحايا الجريمة والحروب والحوادث والكوارث والمعاناة المؤلمة والصدمات. **(Josse ,2014, p 19)**

ففي عام 450 قبل الميلاد يذكر المؤرخ اليوناني "**هيرودوت Hérodote**" حالة المحارب الأثيني "**إبيزيلوس**" الذي أصيب بعمى في ماراتون في المعركة بين الإغريق والمِّيديين نتيجة رؤيته لحادث صادم تمثل في قتل محارب لخصمه. **(Josse, 2014, p19)** وقد تناولت الكتب العربية والإسلامية "لابن رشد والرازي" بعض الأعراض التي خلفتها الإصابة الجسمية الشديدة أو بعض حالات الرعب الشديد. **(عروج، 2016-2017، ص 46)**

ولكن كان علينا الانتظار إلى غاية نهاية القرن 19 حتى اقترح "**هرمان اوبنهايم Hermman Openheim**" مصطلح "**العصاب الصدمي nervose traumatique**".**(Chidiac, Crocq ,2010 ,p 314)** إلا أن أثر الصدمة النفسية يوجد في أقدم القصص التاريخية "**كملحمة الإلياذة l'épopée de gilgamesh**" الذي عانى من تهديد صدمة الموت الحتمي في سعيه للخلود. **(Bensmaili, 2019, p 07)**

وقد بدأ يتحدد مفهوم الصدمة النفسية بمعناه الحالي مع أعمال الألماني "**هيرمان أوبنهايم Hermann Obenheim**"، أخصائي أمراض الأعصاب في كلية طب الأعصاب في برلين حيث نشر مقال عام 1884 بالتعاون مع "**روبرت تومسون Robert" Tompson**سمياه العصاب الصدمي. **(Chidiac, Crocq, 2010, p 312)**

وفي أواخر القرن التاسع عشر اهتم كل من "**بيير جانيت Pierre Djanet**، "**جوزيف بروير Josef Breur**" "**سيجموند فرويد Freud Sigmund**" والعديد من رواد التحليل النفسي بالعمليات النفسية التي تمثل ردود فعل صدمية. **(Chidiac, Crocq, 2010, p 312)**

وقد لعبت الحروب في نهاية القرن التاسع وبداية القرن العشرين دورا في تطور الاهتمام بمفهوم الصدمة النفسية ويمكن أن نأخذ هنا الحرب الروسية اليابانية **(1904-1905)** كنموذج حيث خلفت العديد من الخسائر النفسية وهو ما دفع الجيش الروسي لإنشاء خدمة الطب النفسي لاحتواء الخسائر النفسية الناجمة عن الحرب. وقد استعان الصليب الأحمر الروسي بالعديد من الأطباء الأجانب للتكفل بجنودهم المصابين كالألماني "**هيرمان أوبنهايم Hermann Obenheim**" الذي اقترح تسمية **عصاب الحرب[*] nèvrose de guère** كتفسير للعصاب الصدمي. **(Josse ,2014 , p. p 24-25)**

---

[*] **عصاب الحرب:** أحد أشكال العصاب الصدمي يحدث عادة أثناء المواقف الحربية يحدث للجنود الذين لا يتحملون المواقف الحربية وتتميز أعراضه بأنها أكثر شدة من العصاب الصدمي. **(طه، د. ن، ص 281)**

وتعتبر الحرب الفيتنامية الأمريكية منعرجا رئيسيا في تاريخ مفهوم الصدمة كونها ساهمت في إدخال الاجهاد ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية، وفي تطوير الهياكل الخاصة بالصدمات النفسية الناجمة عن الحوادث الطبيعية كالأعاصير والبراكين... والحوادث المدنية كحوادث الطرقات والشركات... **(عروج 2016-2017، ص 48)**

II. الصدمة النفسية وبعض المفاهيم ذات الصّلة بها:

1. مفهومها:

تعرف الصدمة **لغة** على أنها من صدم والصّدم: ضرب الشيء الصّلب بشيء مثله وصدَمَهُ صدماً: ضربه بجسده، وصادمه فتصادمه فتصادما واصطدما وصدمهم أمر: أصابهم. **(ابن منظور، 1912، ص 2419)**

أما **معجم التحليل النفيسي** فيُعرّف الصدمة بأنها مصطلح كثر استخدامه في الطب والجراحة منذ القدم وهي كلمة يونانية تعني الجرح. ولقد استخدمها فرويد ليدل على ثلاثة معاني هي معنى الصدمة العنيفة أولا، والكسر ثانيا والإصابة بصفة عامة ثالثا، والصدمة بهذا المعنى حدث في حياة الإنسان أو هي تجربة مُعاشة تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة جد كبيرة من الإثارة تتحدد وفقا لشدتها وللعجز الذي يجد المرء نفسه فيه (ضعف الأنا وقوته)، تلك الاستجابة الملائمة وكأنها تحيلنا إلى البعد الاقتصادي اذ أن مجابهتها أو محاولة خفض الحصر الناجم عنها بحلول سوية مألوفة تنتهي إلى الفشل مما يضطر الأنا للقيام بدفاعاته لمواجهتها وتختلف الدفاعات تبعا لقوة الأنا وطبيعة التثبيتات وتوقفات مراحل النمو. **(طه ،1889، ص 246)**

أما "**بونتاليس ولابلانش Laplanche وPontalis**" فيعرفان الصدمة بأنها حدث مفاجئ يتعرض له الفرد في حياته يعجز خلاله عن الاستجابة بشكل مرن ما ينتج عنه آثار مرضية قد تكون دائمة نتيجة اختراقها **للجهاز النفسي***، حيث تتميز بتدفق مفرط للإثارة ما ينتج عنه عدم الاستجابة بطريقة سوية. **(Aljendi , 2015, p 15)**

وحسب **"باروا Barrois"** فالصدمة هي موقف مفاجئ يرتبط بمواجهة الموت الحقيقي، يتفاعل خلاله الشخص مع الموقف بفزع وإحساس بالعجز وعدم الالتفاف لتلقي المساعدة بعد ذلك، فالحدث الصدمي لا يدخل مباشرة في نفيسة الفرد بل يعود قهريًا في أحاسيس يعيد من خلالها معايشة الحدث الصدمي أو كأنها تهديد قريب الحدوث.
(Aljendi, 2015, p 18)

* يتكون الجهاز النفسي عند فرويد من الهو وهو جانب لاشعوري عميق يمثل طبيعة الانسان الحيوانية (الدوافع الفطرية والجنسية والعدوانية) والأنا: الذي يمثل مركز الشعور والإدراك الحسي الداخلي أو الخراجي وهو الذي يقوم بحل الصراعات بين الهو والأنا الأعلى التي تمثل ذلك الجزء اللاشعوري من الشخصية الذي يتكون من القيم والأخلاق والعادات والدين ويمثل الرقيب أو صوت الضمير للفرد. **(محمد سرى،1990، ص. ص 108-109)**

ويرى "**مايكنبوم Meichenbaum**" أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليه.

وفق "**سيلامي N. Sillamy**" نجد أنه عرف الصدمة على أنها: حادث عنيف يحدث اضطرابات جسدية ونفسية تؤثر على بنية الشخصية، وان لم تكن هذه الآثار يمكن اعتبارها أزمة عرضية وتكون دائما متبوعة بمجموعة من الاضطرابات النفسية والجسدية التي تكون غالبا مستمرة وتعرف بأعراض ما بعد الصدمة وأهمها: عدم الاستقرار، الضعف، الاعياء النفسي، فقدان الذاكرة، النكوص إلى مرحلة طفولية.

أما "**فرويد freud** " اعتبر الصدمة أنها نوع من الخبرة المفرطة فهي إثارة زائدة للجهاز النفسي في وقت قصير جدا بحيث لا يستطيع احتمالها فيتداعى لها بالأعراض العصابية أو الذهانية.

والصدمة حسب "**دياكيتين Diatkine**" هو ذلك الأثر الذي ينتج عن إثارة عنيفة تظهر في ظرف لا يكون الفرد خلاله نفسيا قادرا على خفض التوتر أو القيام **بإرصان عقلي*** كافي.

أما **الجمعية الأمريكية للطب العقلي (1994)** فترى أن الصدمة النفسية تحدث عندما يعيش الفرد أو يشاهد أو يواجه حدث يتضمن تهديدا فعليا بالموت أو جروح خطيرة أو تهديد بفقدان سلامته الجسدية أو بخطر على أحد الأقارب، الأصدقاء أو بتدمير سكن، أو اكتشاف جثة أو جريح وتكون الاستجابة بالخوف والرعب والعجز وفقدان التحكم. **(حيدر، 2018-2019، ص 104)**

من خلال التعاريف السابقة نرى أن الصدمة النفسية هي عبارة عن استجابة غير عادية لحدث غير عادي يتميز بالمفاجئة التي قد تؤثر على الفرد أكثر من الحدث الصدمي في حد ذاته ما ينتج إثارة غير عادية تفوق قدرة الجهاز النفسي على المواجهة بطريقة مرنة فالصدمة تقوم بتمزيق دفاعات الجهاز النفسي.

* **الارصان النفسي (العقلي):** هو عملية يقوم بها الجهاز النفسي تتمثل في تحويل الطاقة النفسية التي يؤدي تراكمها لجعلها عامل مسبب للأمراض فالجهاز النفسي يقوم بتحويل الأفكار النزوية الى عناصر في الشخصية.**(Chanez, Lemitre, 2004, p79)**

ويعرف الارصان النفسي من قبل لابلونش وبونتاليس (**Laplanche et Pontalis**) في معجم مصطلحات التحليل النفسي بأنه مصطلح استخدمه فرويد في سياقات مختلفة للإشارة الى العمل الذي يقوم به الجهاز النفسي بهدف السيطرة على الاثارات التي تصل اليه والتي يسبب تراكمها الامراض ويتمثل دور الجهاز النفسي هنا في دمج الإثارات في النفس وإقامة روابط بينها. **(Laplanche, Pontalis, 1981, p272)**

2. بعض المفاهيم ذات الصّلة بالصدمة:

- **اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD:**

يعتبر حسب **DSM-5** من الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد ويطلق عليه اضطراب كرب ما بعد الصدمة ويوجد في فئة (F.43.10). **(الحمادي،2017، ص 112)**

وتعرفه **الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-4** بأنه فئة من فئات اضطراب القلق الذي يصيب الفرد بعد تعرضه لحد ضاغط نفسي أو جسمي غير عادي يتعرض له الفرد بصورة مباشرة في بعض الأحيان وفي أحيانا أخرى قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرض لتلك الضغوط ومن أعراض الإصابة بهذا الاضطراب هو الاسترجاع المستمر لخبرة الحدث وتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة أو تخدر الاستجابة العامة للفرد ومظاهر الاستثارة الزائدة وتتضمن الصدمة تحديدا معايشة الفرد لخبرة حدث من الأحداث أو مشاهدته أو مواجهته وهذا الحدث يتضمن موتا أو أذى متيقنا أو مهددا أو تهديدا للتكامل الجسمي للفرد أو لأشخاص آخرين مع حدوث رد فعل مؤذي من الشعور بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب. **(أبو عيشة، عبد الله، 2012، ص 15)**

- **الحدث الصادم:**

يشير "**يرزانو Ursano** " إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة، ومربكة ومفاجئة تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب، فهي ذات شدة مرتفعة، وغير متوقعة وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة، أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلازل أو الأعاصير. **(عباس، 2015-2016، ص 11)**

- **العصاب الصدمي:**

يعرف حسب **التحليل النفسي** بأنه نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض إثر صدمة انتقالية ترتبط عموما بوضعية أحس الشخص فيها أن حياته مهددة بالخطر، وهو يتخذ الصدمة على شكل نوبة قلق.

في حين أن الموسوعة الطبية في وصفها أو تعريفها للعصاب الصدمي، فإنها تعرفه بأنه: " رد فعل عصابي ينتج عنه مجموعة خاصة من الأمراض النفسية المتعلقة بالحوادث في حياة الفرد، ويحدث مباشرة بعد حدث كارثي عنيف"**(ويس، 2015-2016، ص 105)**

- **تعريف الضحية:**

هو أي شخص تعرض لحادث متعمد أو بغير قصد من طرف فرد أو مجموعة أفراد أو حادث لم يتسبب فيه شخص كالكوارث الطبيعية، أو من تعرض لهجوم يهدد سلامته النفسية أو الجسدية، أو حقوقه الأساسية أو أي ضرر آخر سواء سبب صدمة أو لا. **(Charles, Figley, 1985, p 5)**

- **تعريف الكارثة:**

هي الشرط الظرفي الأساسي الذي يسبق ظهور الصدمة، فهي حدث غير عادي أو سلسلة من الأحداث التي تكون مفاجئة شديدة، وغالبًا ما تكون خطرة إما على الذات أو على الآخرين. **(Charles, Figley, 1985, p 5)**

- **تعريف الحداد:**

يعرف في قاموس **"Webster"** بأنه معاناة عاطفية شديدة ناجمة عن فقدان شخص عزيز أو حدوث كارثة فهو يمثل استجابة للتكيف مع الفقدان ويشير كذلك إلى الفقدان المفاجئ لشخص مهم ومقرب. **(Bernd, 2008, p 239)**

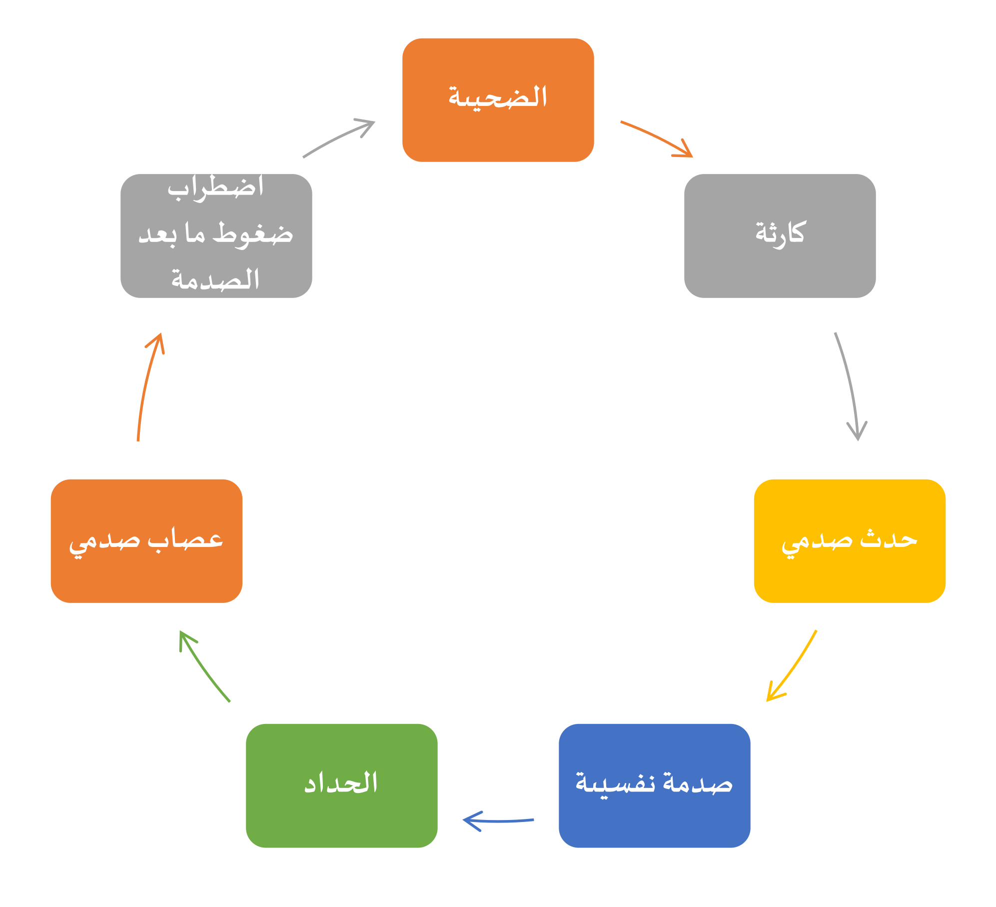
وهو بمثابة عملية شفاء من المعاناة الناجمة عن الخسارة (الفقدان).

(Gendron, Carrier, 1997, p 137)

وعمل الحداد يتمثل في أنه عبارة عن عملية إعادة تنظيم نفسي تتمثل وظيفته في تقبل الواقع وسحب الاستثمار من الموضوع المفقود والاستثمار في أشياء جديدة وهو عمل ضروري لإعادة الاستثمار في أشياء جديدة.

(Angladette, Consoli, 2004, p 913)

3. **الربط بين المفاهيم ذات الصلة بالصدمة:**



الشكل (09): مخطط يبين العلاقات بين المفاهيم المرتبطة بالصدمة.

من الشكل السابق نستخلص أن الضحية هو الفرد الذي يتعرض لكارثة تمثل حدث صدمي بالنسبة له يهدد حياته الجسدية والنفسية، ما يؤدي إلى حدوث صدمة نفسية يقوم خلالها الجهاز النفسي للفرد بالقيام بسلوك دفاعي يتمثل في معايشة الحزن الناجم عن الحدث الصدمي وهو ما يطلق عليه بعمل الحداد، وإن لم ينجح الفرد في عمل الحداد ينجر عنه عصاب صدمي قد يتمثل في مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تكون كرد فعل للحدث الصدمي ومن بينها بعض الحالات النفسية الخطيرة التي تحتاج إلى علاج كاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة **PTSD**.

III. النظريات المفسرة للصدمة النفسية:

1. نظرية التحليل النفسي:

1.1. سيغموند فرويد S. Freud:

يعتبر مفهوم الصدمة النفسية من المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي، حيث أن فرويد دائما ما كان يشير في مقالاته الأولى إلى الصدمة خلال أعماله التي لخصها في كتابه **"ما وراء مبدا اللذة"**.

وقد تناول **فرويد Freud** مفهوم الصدمة النفسية من زاويتين: المفهوم الاقتصادي والمفهوم الدينامي. **(عروج، 2016-2017، ص 49)**

- **المفهوم الدينامي:**

ترتبط هذه النظرية بنظرية العصاب وبالتحديد الدراسات التي قام بها **فرويد** حول الهستيريا والتي يرجع فيها سبب ظهور العصاب عند المراهق والراشد إلى تعرضهم لحدث صادم وقوي ومفاجئ في مرحلة الطفولة، وهذا الحدث الصادم يتجاوز قدرات الطفل على مواجهتها. فحدوث الصدمة يتطلب حدوث **إغواء*** فرد غير ناضج ويكون في وضعية سلبية **passive** ومن دون استعداد العامل المفجر أو البعدي الذي ينشّط و يُحيي الآثار الموجودة في الذاكرة التي عمل الكبت على نسيانها، تأخذ الصدمة حسب **فرويد**، معناها من هذا الحدث البعدي، إذ أشار في دراسات حول الهستيريا " إلى أن الصدمة هي جنسية أساسا، و جزًأ عمل الصدمة إلى عناصر عدة، كما افترض أن هناك دوما حدثين على الأقل، حيث يتعرض الطفل في المشهد الأول الذي يسمى بمشهد الغواية إلى الإغراء الجنسي من طرف الراشد، من دون أن يُولّد هذا الإغواء عنده الإثارة الجنسية، و بعد البلوغ يأتي مشهد ثان، غالبا ما يكون من دون أهمية ظاهريا، فيوقظ الحدث الأول من خلال إحدى السمات المرتبطة بينهما.

بعد ذلك تراجع **فرويد** عن مفهومه المطلق حول طبيعة الحدث الصادم الذي يتميز بالجنسية خاصة بعد الحرب العالمية الأولى لتصبح نظريته الثانية متعلقة **بالموقعية الثانية (الأنا، الأنا الأعلى والهو)** فقلق الصدمة هنا حسبه ناجم

---

* **الاغواء:** مشهد حقيقي أو خيالي يرتبط عادة بالجنس يكون خلاله الموضوع (غالبا الطفل) خاضع بشكل لسلبي لشخص اخر (غالبا ما يكون بالغا) يتراوح هذا المشهد الجنسي من الايماءات الى الاعتداء الجنسي **(Laplanche, Pontalis, 1981, p815)**

عن عدم قدرة الأنا على استعمال هذه الدفاعات بسبب اجتياح الحدث الصدمي لميكانيزمات الدفاع. **(بوسكين، 2008-2009، ص. ص 49-50).**

- **المفهوم الاقتصادي:**

دفع مشكل عصاب الحرب فرويد إلى توجيه انتباهه للصدمة النفسية من زاوية أخرى اقتصادية عرّفها بأنّها " فشل الجهاز النفسي في تصريف فيض الإثارات الكبير. **(منصوري، 2020-2021، ص 43).**

إن إظهار هذه الكمية المعتبرة من الإثارات هي مهمة **مبدأ اللذة***، ولكن بسبب عنف ومفاجأة الصدمة النفسية، يطرد مباشرة من دائرة التأثير، مجبرا بذلك الجهاز النفسي على القيام بمهمة أكثر إلحاحا، وهي ما فوق مبدأ اللذة.

تتمثل هذه المهمة في ربط الإثارات بشكل يسمح بتصريفها لاحقا، حيث يفرض تكرار الأحلام أن يعيش الشخص الحدث بشدته ويجد نفسه من جديد في الوضعية الصادمة وكأنه يسعى إلى السيطرة عليها (حالة من اضطرار التكرار) **ففرويد** يعتقد أنه أين يكون اضطرار التكرار نشطا يشترط مبدأ اللذة توفر بعض الشروط كي يتمكن بالقيام بوظيفته والصدمة تلغي هذه الشروط باعتبارها ليست مجرد اضطراب في الاقتصاد الليبيدي، بل تصل إلى مستوى أكبر كي تهدد تكامل الشخص.

يؤكد **فرويد** أن أهم ما يميز الصدمة هو عامل المفاجأة، فحدوث الصدمة متعلق بشدة العنف المرتبط بها، مقارنة مع عدم تهيئة الجهاز النفسي حين تلقيها. وقدرة صد الاثارات ومنعها من اقتحام الجهاز النفسي تختلف من فرد لأخر.

وعبر مراحل حياته المتعددة، يدل هذا على تعقد الحدث الصادم، إذ لا يخص الوضعية الصدمية فقط، بل الفرد في وضعية صدمية، وعلى هذا الأساس يختلف الأفراد في ردود أفعالهم نتيجة الحدث الواحد. **(عروج، 2016-2017، ص. ص 49-50)**

2.1. ساندور فرنزي S. Ferenczi:

إن الخلافات عديدة بين "**فرويد وفرينزي**" في تفسير الصدمة، فمما لا شك فيه أن **فرينزي** ساهم أيضًا في بناء التحليل النفسي من خلال وضع بصمته على مفاهيم جديدة قام بتطويرها على الرغم من أنه غالبًا ما تم انتقادها، بما في ذلك من قبل فرويد، لأنها اتخذت نهجًا قديمًا للصدمة، وهو نفس النهج الذي تخلى عنه فرويد في عام 1897 وقد أدرك **فرينزي** أنه في سرد الأحداث الصادمة التي أبلغ عنها مرضاه الهستيريون، كانت في الغالب تخيلات، أكثر من كونها حقائق. **(Nicolas, 2021, p. p 40-41)**

---

* **مبدأ اللذة:** هو مبدأ سيكولوجي مضمونه أن الفرد من خلال سلوكه يسعى للحصول على أكبر قدر من اللذة وتفادي الألم ويتخلى النشاط النفسي عن طريق الكبت عن أي عملية تتسبب في الألم **(بركات، 2001، ص 201)**

ففي تصريحاته الخاصة التي لم تكن مخصصة للنشر، يصف الصدمة بأنها حالة من الاضطراب، التي من شأنها أن تحطم شخصية الفرد .**ففرينزي** سيسعى لتحليل الانقسام الناتج عن ذلك من خلال استعارات مختلفة:

- انقسام الشخصية الى جزئيين: جزء يموت بسبب عنف الصدمة حتى يسمح للجزء الأخر من ممارسة حياته بصفة طبيعية.
- الجزء المفقود من الشخصية يكون بعيد المنال.
- الانقسامات المتعددة تحت تأثير الصدمات يمكن أن تصل لدرجة تدمير الجهاز النفسي وتجعله كما لو كان مفتت غير قادر على رد الصدمات.

فرينزي، على عكس **فرويد**، يدعم فكرة أن الصدمة الحقيقية تكون أكثر تكرارا، ودائما ما تكون حاضرة فالصدمة دائمًا ذات طبيعة جنسية، لكن **فرينزي** سيتعامل مع المشكلة بطريقة مختلفة عن تلك التي لدى فرويد.

"**فرنزي Ferenczi**" يرى أن الصدمة تحدث انقساما جزئيا داخل الشخص حيث يوجد جزء مؤلم ومدمّر بوحشية وجزء آخر كلي العلم وغير حساس" وهذا الانقسام يفسح المجال **للتماهي مع المعتدي***.

في الواقع **فرينزي** يطبق هذه الفكرة على الأطفال الذين تعرضوا لإساءة شديدة، والذين يتفاعلون من خلال تبرير العنف الذي عانوا منه. فهم يتكيفون كليًا مع رغبة الآخر، وينسون أنفسهم تمامًا من خلال التماهي مع المعتدي، حيث يتبنون وضعية البقاء على قيد الحياة. **ففرينزي** يصف العدوان على أنه اغتصاب يرتكبه الكبار، أو عقوبات عاطفية وغير متوقعة للجرائم التي كانت في نظر الطفل كانت مجرد لعبة. ووفقًا ل**فرينزي**، فإن التعرف على المعتدي يسمح للطفل بالحفاظ بطريقة جيدة بما فيه الكفاية على صورة الوالد المعتدي الذي يعتمد عليه. **(Nicolas, 2021, p. p 40-41)**

يقول **فرنزي** أن رد الفعل الأول للصدمة هو عبارة عن تنظيم ذهاني عابر يتسبب في الانفصال عن الواقع، وتحت تأثير الصدمة تنتج "هلاوس قهرية إيجابية" تجعل الفرد يتوهم حالة من الراحة واللذة، فيما بعد يصاب الشخص بفقدان ذاكرة عصابي يعبر عن الانشطار الذهاني لأن جزء من الشخصية يصبح مستقل بنفسه (بمعنى لا يتعامل مع الواقع) ويبحث عن منافذ أخرى تظهر في شكل أعراض عصابية تتميز بالرمزية.

وبالموازاة مع كل ذلك تناول **Ferenczi** ما يعرف بفرضية الاضطراب الوجداني، حيث يفترض بأن الشخص يعيش سلسلة من التجارب التي تسبب له الانهيار وضعف الشعور النرجسي، إضافة إلى مشاعر العجز ومعايشة تجربة تحطم الشعور بالذات أيضا، كل هذه التجارب تكون مولدة للقلق وبذلك يقوم الجهاز النفسي بما يعرف بالتحطيم الذاتي

* **التماهي مع المعتدي:** هو حيلة دفاعية تتمثل في ايمان المقهورين بأفكار المعتدي وتبرير تصرفاته وأفعاله والاعتقاد لو أنهم كانوا مكانه سيقومون بنفس الفعل. وتنتشر هذه الظاهرة عادة عند الأولاد حيث يميلون الى القاء اللوم على أنفسهم وقد يصل الأمر بالطفل الى ان يصبح مثل المعتدي وكي يتبرا من العار الذي لحق به يفعل بالآخرين ما فعل به. **(جمعة،2020، ص 36)**

لنفسه، حيث يكون بمثابة الحل الوحيد الممكن ليستطيع الشخص التحرر من هذا القلق، فتجنب الدمار الكلي يسمح بإعادة بناء الذات انطلاقا من الأجزاء. **(موقار، 2011-2012، ص 29)**

3.1. جاك لاكان J. Lacan:

أما "**لاكان Lacan**" فيؤكد أن الصدمة تحدث بسبب اللغة (خطاب المفحوص) فالفرد المصدوم (الضحية) لايستطيع أن يعبر عن كل ما يؤدي إلى حدوث الصدمة.

فالصدمة عبارة عن مجموعة من الثقوب أو الفجوات التي يمكن مقارنتها بمجموعة من التكوينات النفسية كالهوامات* والأعراض، التي تساهم في تكوين شاشة تعمل على إخفاء الحقيقة التي يحاول النظام الرمزي دائمًا تقليلها، دون أن ينجح في القيام بذلك بشكل كامل كون الفرد يفشل في عدم تذكر الواقع.

والصدمة تحدث مواجهة سيئة للضحية مع ما يفشل في ترميزه ما يجعله يواجه الواقع وعدم الوصول إلى اللغة **(Nicolas, 2021, p 43)**

وهو ما يعرف ب "**La tuché**" التي تكمن وراء "**l’automation**" فهي عبارة عن لقاء فاشل مفقود، مؤجل مع الواقع إلى وقت عشوائي لاحق أي أنه لا يمكن تخمينها مسبقا. **(Arbisio, 2002, p 138)**.

أما "l’automation" بالنسبة **للاكان Lacan** هي ذلك الجانب الرمزي الذي لا يتوقف عن الدلالة ويعارض اللقاء مع الواقع.

الصدمة تحدث نتيجة عدم وجود دلالة رمزية للواقع، أو حينما يكون هناك تناقض بين "**La tuché**" و"**l’automaton**"

وفقا للاكان فان الضحية لا يستطيع مواجهة الحدث الصدمي لأن اللغة غير قادرة على الإشارة إلى كل شيء ما يحدث تقسيما للذات قد تؤدي إلى الفشل والانقسام. **(Nicolas, 2021, p. p 43-44)**

وقد وضع **Lacan** ثلاث مستويات للصدمة:

- ✓ **الواقع:** الذي يمثل الحادث الصدمي.
- ✓ **الجانب الرمزي:** الذي يربط بين الأبعاد الأخرى عبر اللغة، وهذا ما يعجز عنه المصدوم.
- ✓ **الجانب الخيالي:** والذي يمثل مصير الصدمة في الخيال. **(مجاهدي، 2020-2021، ص 92)**

* **الهوام:** هو عبارة عن سيناريو وهي يكون خلاله الفرد حاضرا ويصور الواقع بطريقة مشوهة بسبب عمل العمليات الدفاعية التس تبحث عن تحقيق رغبة لاشعورية.**(Trouvé, 2004, p82)**

4.1. أوتو رانك Otto Rank:

في ظل الاختلاف في تفسير الصدمة بين "**فرويد وفرنزي**" كان رانك يمتلك وجهة نظر خاصة به حيث نشر مقالا سنة 1923 حول "**صدمة الميلاد**". **(Calamot ,2011, p. p 164-165)** فقد اتخذ "**أوتو روزنفيلد**" الاسم المستعار "**رانك**" لإنكار أصول عائلته التي تميزت بالعنف داخل الأسرة، ولا سيما مع والده وإدمان الكحول.

وقد ربط "**Rank**" الصدمة بالفقدان والخسارة والانفصال وطور التناقض العلائقي بين الانفصال والاندماج الأمومي. وقد أكد أن بعض الاضطرابات الهضمية لدى الطفل تظهر نتيجة الانفصال عن الأم القوية في حين أن فرويد لايزال يصر على إرجاعها إلى عقدة أوديب. ما أدى إلى حدوث خلاف بينهما فرانك (**Rank**) يصر على صدمة الميلاد في حين يصر فرويد على عقدة الأوديب التي توكد على العلاقة بين الطفل والوالد من غير نفس الجنس. **(Nicolas, 2021, p. (p 44-45**

وقد جعل رانك صدمة الميلاد هي الصدمة الأولى وأسماها ب "الركيزة البيولوجية النهائية للحياة النفسية "وفكر في إيجاد قانون نفسي بيولوجي يشرح فيه ما بعد صدمة الولادة لدى الطفل، هذا القانون يفسر العلاقة بالأم والملاحظ أنه عند حدوث التحويل يتم حدوث الكبت* الأصلي المتعلق بالصدمة وهذا ما يفسر عدم اتباع فرويد لتفسير الصدمة حسب رانك فقد أهمل مراحل النمو النفسي الجنسي وحتى التكوين النفسي. **(Calamot , 2011, p. p 164-165)**

رانك من أوائل المهتمين بعلاقة الطفل المبكرة بأمه وخصوصية النشاط الجنسي الأنثوي فقد وضع تعريفًا للأم والمؤنث، متشككًا في الفكر الفرويدى المتمركز حسب وجهة نظره على مكان الأب، وعلاوة على ذلك فإنه يعيد تحديد موقع المحلل في العلاج. وهو يؤيد الفكرة القائلة بأن كل شخص يتعرض عند الولادة لصدمة كبيرة يسعى بعد ذلك للتغلب عليها برغبة لاشعورية في العودة إلى رحم الأم، ويفترض كأساس للكرب النفسي الفصل البيولوجي الأساسي عن الأم، حيث تم تبني هذه الأطروحة القريبة من أطروحة ميلاني كلاين، من قبل محللين نفسيين آخرين بما في ذلك التيار التفاعلي ل**جون بولبي John Bowlby** والمستقلين مثل **دونالد وودز وينيكوت Donald woods winnicot**. **(Nicolas, 2021, p 46)**

5.1 دونالد وينيكوت D. W. Winnicott:

يصف **وينيكوت** في دراساته حول بناء النرجسية الأولية الخبرات المتتالية التي تخص الروابط الأولية للطفل مع الأم والمقصود بالنرجسية الأولية بأنها حالة ذاتية يكون عليها الطفل قبل بناء الرابط بينه وبين الآخرين، فالطفل يعيش اللحظات الأولى خارج الرحم في حالة اعتماد شديد على بيئته في تلبية حاجياته كما أنه يميل إلى التفسير الذاتي لكل ما يمر به وهذا الموقف النرجسي هو الموقف الذاتي الأول للفرد. **(Roussilon & autres, 2007, p. p 53-54)**

* **الكبت:** آلية دفاعية لاشعورية تتمثل في الاستجابة للصراع بين مكونات الجهاز النفسي من خلال تجنب الخبرات المؤلمة ونقلها للاشعور **(Chabrol, 2005, p 35)**

وقد أكد **وينيكوت** بين 1951و 1953 على وجود فضاء انتقالي بين الطفل ووالدته يشكل مساحة للعب والإبداع **والترميز***، قد يحوي هذا الفضاء على بعض الغموض الذي يظل مقبولا طالما لا يحدث انفصال بين الفرد والموضوع. وهو ما يتطلب نوع من التجربة الكافية من النرجسية الأولية بفضل الاعتناء الأمومي الذي تلبي من خلاله احتياجات طفلها بفضل هذا البناء العلائقي.

وتحدث **وينيكوت** عن ال **"Holding"** وال **"Hanlding"** والمقصود بال **"Holding"** هو أنه يجب أن يشعر الطفل بأنه تم حمله واحتوائه والتقاطه بواسطة "الحمل". أي أن يسمح للطفل بالشعور "بالوحدة والتجمع في وقت لا تسمح لها عملياتها الداخلية بتنفيذ هذه الوظيفة بمفردها، طالما أنها لم يتم دمجها بعد، حيث يمكن لأشكال معينة من الحمل أن تعطي الطفل انطباعًا بأنه غير محمول، أو التهديد بالسقوط، أو الانطباع بأن العالم في خطر الانزلاق بعيدًا، أو الانهيار، حيث تمنحه أشكال الحمل الأخرى بشكل أكثر ضمانًا انطباعًا بالأمان والصلابة. والطريقة التي يشعر بها الطفل أنه يُحمل أيضًا تنقل إليه شكلاً من أشكال "الرسالة" الأولى القادمة من البيئة، والطريقة التي سيدعمه بها هذا الطفل، وسوف يحتويه، ويساعده على التمسك.

أما ال «**Handling**» تمثل الرعاية ومدى ملاءمتها لسرعة الطفل، وتناغم إيماءاته، تتمثل مساهمتها الأولى في حقيقة أن الطفل يمكن أن يبدأ في الشعور بأنه "شخص". ففي البداية لا يعطي الطفل انطباعًا شخصيا بأنه يمتلك شخصيته الفردية. **(Roussilon et autres ,2007, p 60)**

الصدمة وفق **وينيكوت** هي ما يكسر إضفاء الطابع المثالي على شيء ما عن طريق كراهية الفرد كرد فعل على حقيقة ذلك الموضوع الذي فشل في تحقيق وظيفته، فهو يستحضر مفهوم زمن ما بعد الصدمة الذي يسبب في بعض المواقف المتطرفة المعاناة النفسية.

وصف **وينيكوت** عودة الأم بعد فترة من الغياب بأنها لا تصلح التدهور في حالة الطفل فبسبب الصدمة يحدث لدى الرضيع شعورًا بتمزق استمرارية وجوده بحيث تنظم دفاعاته البدائية نفسها بطريقة تؤدي إلى حمايته من تكرار القلق الذي لا يمكن تصوره أو ضد عودة حالة الارتباك الحادة التي تصاحب تفكك "البنية الأولية للأنا". فاستجابة التحويل المضاد هي تلك التي كان يجب أن تحدث من جانب الموضوع.

ووينيكوت يتفق مع **فرنزي** بربط الصدمة النرجسية المبكر ة بالتعدي أو الاعتماد، حيث يتم النظر للصدمة في سياق الاعتماد كعدم ملائمة استجابة الطفل وضعف الطفل اتجاه البيئة التي يستجيب اتجاهاها بنوع من التقليد، ويدرج وينيكوت هذا التعدي كجزء من الصدمة النرجسية المبكرة ما قد يؤدي إلى تشكيل طفل مفرط النضج "**الطفل الحكيم***

---

* **الترميز:** نمط من التمثيل غير المباشر والمشوه لفكرة أو صراع أو رغبة لاشعورية، فالرمز يستحضر أشياء لا يمكن إدراكها. **(Laplanche, Pontalis, 1981, p841)**

* "**الطفل الحكيم wise baby**" معناه أن يكون للطفل الكثير من الخبرات التي قد تكون ممتعة أو غير سارة ما تجعله يبدو حكيما أو فلسفيا وهنا يجب على الام الاستمرار في التعرف على طفلها باعتباره فرد يستحق التعرف. **(winnicott & al ,1967-1968, p 119)**

wise baby". وما يؤدي أيضا إلى تنشئة "**الذات الزائفة faux self** " **(Nicolas, 2021, p. p 48-49)**، حيث يكون هناك إغواء للطفل للخضوع، وتتفاعل الذات الزائفة الخاضعة مع متطلبات البيئة التي يبدو أن الرضيع يقبلها من خلال هذه الذات الزائفة، حيث يصنع مجموعة من العلاقات المصطنعة يتظاهر من خلالها بأنه حقيقي، فالخضوع هو السمة الرئيسية للذات الزائفة **فوينيكوت** يرى أن الوظيفة الأساسية لهذه الذات الزائفة هي "الدفاع ضد ما لا يمكن تصوره، واستغلال الذات الحقيقية سيؤدي إلى فنائها. **(Alexandre, Fournier, 2010, p 144)**

كما يؤكد **وينيكوت** أن هناك صلة وثيقة بين مستوى نضج الطفل في وقت حدوث الصدمة ومدى عواقبها، التي ستؤثر على المستقبل النفسي للفرد. وقد وصف **وينيكوت** معاناة الطفل النفسية بمصطلح "**عذاب بدائي primitive agony**" * الذي يمكن أن ينشط أو يتفاعل مرة أخرى ببيئة الشخص ويظهر ذلك في الاضطرابات التي يمر بها في حياته المستقبلية. ويؤكد وينيكوت فكرة أن الفشل البيئي، المرتبط غالبًا بالأم أو كلا الوالدين، يمكن أن يؤدي إلى خيبة أمل مبكرة لدى الطفل. ويتم تأسيس هذا الفشل بسب الإفراط أو الغياب أو عدم القدرة على التنبؤ. فالطفل نظرا لهشاشته لا يستطيع التصدي[†] لهذا التعدي ويدخل فيما أسماه وينيكوت ب alloplastic. **(Nicolas, 2021, p 49)**

والذي يقصد به تلك اللحظات من القلق التي لا يمكن فيها الارتباط بأي موضوع وترتبط هذه الأحاسيس بنقص بدائي نوعا ما. فالخبرة بعد الحداد مرتبطة بهذا النوع من المشاعر البدائية. فمن الصعب على المعالج أن يستقبل شخصًا تعرض للصدمة حيث تظهر لديه تظهر علامات المقاومة. **(Trifu, Racula, 2013, p 106)**وهو ما يؤدي الى أن يكون رد فعل التكيف بطريقة ألية، فالموضوع يعدل طريقة تكيفه بطريقة ألية . فالميول الصدمي يتم تثبيطه من خلال "الانقسام (الانشطار) الذاتي النرجسي*" الدفاعي والمشوه. ""فمن خلال هذه الفوضى تتكيف الشخصية مع الظروف الخارجية غير المستقرة فالفرد يتكيف مع مجموعة من ردود الفعل التي تؤدي الى سلسلة من الإخفاقات في التكيف.
(Nicolas, 2021, p 49)

***العذاب البدائي:** مصطلح استخدمه وينيكوت لوصف المشاعر البدائية للقلق من الموت الذي يحمل المعنى العاطفي كما يتخيله الطفل وقد وصف هذا العذاب بالعزلة والالام البدائي والغموض.**(Hopper, 2003, p200)**

***الانشطار الذاتي النرجسي: مصطلح** استخدمه فرنزي وربطه بالكبت الذي يستخدمه الطفل أثناء حدوث الصراع، ما يؤدي إلى انقسام في شخصية الفرد إلى جزء حساس ومدمر بوحشية وجزء أخر يعرف كل شيء لكنه لا يحس بشيء. **(Porret, 2008, p 10)**

2. النظرية السلوكية:

يعتمد المفهوم الرئيسي للنظرية على حقيقة أن السلوك البشري الطبيعي أو المرضي يتم تعلمه بشكل أساسي. الآليات الأساسية للتعلم هي الاشراط الكلاسيكي والاشراط الفعال ومن أبرز نماذج تفسير الصدمة حسب النظرية السلوكية نجد:

1.2. نموذج مووار Mower (1960):

يؤكد النموذج السلوكي على الاشراط الكلاسيكي والفعال في تطوير الاستجابة الصدمية، فالباحثون والإكلينيكيين استعملوا هذه النظرية في تفسير الصدمة من خلال الافتراض بأن نظرية التعلم تفسر الاستجابة المفاجئة المشروطة وسلوك التجنب، وتعميم المنبهات. كما أنهم يستخدمون نظرية **Mower (1960)** لشرح خوف الضحايا وقلقهم المستوحاة من عمل بافلوف وسكينر في آليات التعلم. **(Stéphane, André, 2006, p 89)**

فالتعرض لحدث صادم كالتعرض لخطر الموت يثير ردود فعل قوية على المستويات الحركية والفسيولوجية والعاطفية والمعرفية. فيتم تنشيط مشاعر الخوف (تعلم استجابات الخوف) من خلال مواجهة مجموعة متنوعة من المثيرات المشابهة أو المرتبطة بالحدث الصادم (مثير غير مشروط). ترتبط هذه المثيرات المحايدة بالأماكن، والضوضاء، والأشياء، والألوان .... المرتبطة بالحدث الصادم من خلال عملية تكييف كلاسيكية (مثير -استجابة) وستثير بعد ذلك استجابة نفسية متوترة مماثلة لتلك التي سببها الحدث الصدمي المثير أول مرة وهو ما يجعل المثيرات المحايدة تصبح شرطية عن طريق التعميم.

والاشراط الإجرائي يسمح للاضطراب بالاستمرار ويسمح بتعميمه فالفرد يدرك بسرعة كبيرة أن القلق يقل عند تجنب (الأماكن، الضوضاء، الأشياء، إلخ) التي تثير القلق وتذكره بالحدث الصدمي وما يعزز هذا التخفيض سلوك التجنب فيؤدي إلى الحفاظ عليه أو زيادته (التعزيز السلبي). وبالتالي يتم الحفاظ على سلوكيات الانفصال العاطفي أو التهيج أو الإدمان على (الكحول والمخدرات) التي تعمل على التقليل الفوري للقلق.

كما يعتمد هذا النموذج على أسس إمبريقية يستند على بحوث موثقة بشأن آليات التعلم، فأعراض ما بعد الصدمة هي أعراض متتالية للحدث الصدمي ويتم الحفاظ عليه من خلال التعلم الكلاسيكي والتعلم الاجرائي. فظاهرة التعميم تفسر ظهور استجابة القلق بالنسبة للمثيرات غير الموجودة وقت التعرض للصدمة. وهو ما يفسر تفاقم الأعراض بمرور الوقت. وأيضا يتضمن التعزيز السلبي زيادة في ستستمر لفترة طويلة جدًا حتى بعد التحسن العام.

فنموذج **Mower** لا يرجع تكرار معايشة الحدث الصدمي في غيابه من خلال الاقتحامات والكوابيس مثلا التي تعتبر شكلاً من أشكال التعرض اللاإرادي لذكريات الصدمة إلى اختفاء المنبهات الشرطية، بل يؤكد أن اختفاء هذه الاستجابات يحدث لأن الفرد تجنب كل ما من شأنه أن يضعه في ذاكرة صادمة أو في حالة قلق فيمنع حفظ الذاكرة بأكملها، أي يمنع الحدث من المرور من الحاضر إلى الماضي بتجنب التفكير فيه حتى لا يعيش هذا الكابوس بعد الآن، فإنه لا يواجه حقيقة الحدث وعواقبه، لذلك لا يستطيع " إدماجه" في مجرى حياته ويظل عالقا في الحدث.
(Stéphane, André, 2006, p. p 89-90)

2.2. نموذج ماك فارلان Mac Farlane:

يقترح **Mac Farlane** نموذجا تفاعليا بين مختلف عناصر الصدمة فبالنسبة له الحدث الصدمي(A) يؤدي بالفرد إلى تكوين صورة دخيلة (B) تؤدي إلى تجنب الموقف (C) فيصبح هذا التجنب إشارة تثار لاسترجاع تلك الصورة الدخيلة.

فالمرأة التي تعرضت لاعتداء جنسي تكون في حالة رعب نتيجة الصور الدخيلة المؤثرة عن حالة الاعتداء الجنسي وتعمل من أجل عدم التفكير في هذا الحدث الصدمي فهي تسعى إلى تجنب إقامة علاقات مع الرجال من أجل محو هذه الصور المؤثرة. فهذا **السلوك التجنبي*** يؤدي إلى تخفيض القلق الذي كانت تشعر به عند استرجاع الصور الدخيلة، وفي وقت آخر إذا وجدت نفسها في علاقات أخرى مع الرجال فستعيش الذكرى بأكثر انفعال من الذي عاشته وقت الحدث.

3.2. نموذج فوي Foy (1992):

بالنسبة **لفوي (1992)**، فإن خصائص وشدة الضغوطات كافية وضرورية للحصول على استجابة صدمية وفقًا لنموذج الاشراط الكلاسيكي والفعال، لكن المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية تعتبر مسؤولة عن مدة الاضطراب. ويلعب الدعم الاجتماعي وتاريخ العائلة دورا في مواجهة الصدمة النفسية. **(Lopez, 2002, p. p 94-95)**

3. النظرية المعرفية:

تؤكد المقاربة المعرفية على أهمية دور البنية المعرفية من خلال معتقدات ومعارف الأفراد. حيث أن الفرد الذي تكون لديه معرفة بالخطر سيقوم بالاستعداد، ما يمنع حدوث الصدمة في حين الحدث الذي يسبب الصدمة لا يمكن للفرد توقعه ففجائية الحدث الصدمي تدفع الفرد إلى استخدام آليات التجنب والإحياء والإنذار. **(بهتان،2021، ص 60)** ومن أبرز النماذج المعرفية:

1.3. نموذج هوروويتز (1986) Horowitz:

يفترض نموذج **هوروويتز (1986)** أن الحدث الصادم يفرض معلومات لا تتوافق مع المخططات العقلية للفرد (تصور لعالم عادل يمكن التنبؤ به، حيث يكون الفرد خلاله دائمًا آمنًا) وتتمثل مظاهر الصدمة في إعادة الصياغة الضخمة للمخططات المعرفية* الناتجة عن الصدمة. **(Granger, 2002, p174)** فالأعراض الصدمية تعتبر استجابة لزيادة المعلومات التي يتم تلقيها أثناء الحدث الصدمي ، ويتم الحفاظ عليها من خلال صعوبة أو فشل دمج بياناتها الجديدة في المخططات المعرفية السابقة. فيتم تصورها بمثابة عملية حداد تحدث في عدة مراحل متتالية ومتكررة.
(Lopez, 2002, p. p 94-95)

***السلوك التجنبي**: توجيه السلوكيات بعيدا عن المحفزات السلبية. **(Payen ,2011, p 34)**

***المخططات المعرفية:** هي عبارة عن هيكل إدراكي يعتمد عليه الفرد في تفسير العالم الخارجي والعلاقات بين أجزائه وتساهم هذه المخططات في تحديد سلوك الفرد. **(Denise ,2012, p 225)**

2.3. نموذج فوا Foa:

دمج **Foa** في نظريته متغير معرفي أطلق عليه **"بنية الخوف structure de peur"** فالحدث الصدمي يدمج بشكل مختلف في ذاكرة الضحية الذي لا يزال منزعج من الصدمة، حيث يفسر الخوف استنادا على الأبعاد: الحركية، المعرفية-العاطفية والفسيولوجية، فالظروف المختلفة تجعل الفرد مجبرا على التعامل مع الخوف الذي يأتي مع تصور وجود تهديد بالقتل ويختفي عندما يزول الخطر حيث تؤدي العاطفة العنيفة وغير المتوقعة إلى تحريك "برنامج إدارة الخوف" حيث تعمل بنية الهروب من الخطر، المبرمجة في النظام العصبي، كشبكة في الذاكرة تتضمن ثلاثة أنواع من المعلومات: معلومات عن مثيرات الخوف ؛ معلومات عن الاستجابات اللفظية والفسيولوجية والسلوكية، ومعلومات عن معنى الخوف من الإشارات والاستجابات. إذا تم تضمين هيكل الخوف هذا في "برنامج" الهروب من الخطر، فهذا يعني أن المثيرات المعنية (أو الاستجابة الشخصية) خطيرة وتهيئ الفرد لحماية نفسه من الخطر. بالنسبة ل **Foa** وفريقه فإن هذا النوع من التفسير هو أساسًا ما يميز بنية الخوف عن بنيات المعلومات الأخرى ويعتقد **Foa** أن هذه البنية تتميز بمجوعة من الخصائص هي:

- عندما يكون الخوف شديدًا وغير متوقع، تكون الاستجابات مفرطة (التجنب، والأنشطة الفسيولوجية المكثفة)، وتقاوم التعديل ولا تقل بمرور الوقت.
- يتم إنشاء أفكار وتفسيرات غير واقعية حول الموضوع الذي يقدم بنية الخوف التي تصبح معقدة للغاية. فالشخص إذا رأى الحدث الصادم على أنه تجربة غير متوقعة ولا يمكن السيطرة عليها، فستكون الاستجابة العاطفية أقوى وستعدل معتقدات الضحية.
- تصبح العلاقة بين انخفاض القلق واستجابة الهروب أو التجنب للمنبهات واضحة، فالموضوعات تخلط بين عناصر السلامة والخطر. حيث ينظر حاليا المثيرات والاستجابة التي كانت محايدة سابقًا، أو يُنظر إليها على أنها آمنة وتحمل معنى الخطر، ويتم تضمين سمات الخطر الجديدة هذه في هيكل الخوف. ستكون ردود فعل القلق وسلوكيات التجنب أكثر عددًا ويمكن تنشيطها بسرعة أكبر وبشكل متكرر.

الفرد المصاب بصدمة نفسية يطور أنماطًا معرفية مرضية جديدة على مفهوم الخطر "بنية الخوف". هذه البنية المعرفية المستقرة تمثل رابط بين المنبهات المؤلمة والاستجابات المعرفية والعاطفية والسلوكية والفسيولوجية. كذلك عدم القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على السيطرة على الصدمة هو العامل المرضي الأساسي. يسبب **الضيق العاطفي*** **la détresse émotionnelle** في المواقف المؤلمة المتعلقة بالحدث الصادم وثانيًا في المواقف غير الخطرة، من خلال تنشيط

---

* والمقصود بالضيق العاطفي حسب **Jimmie** و**Holland** تجربة عاطفية غير سارة ذات طبيعة نفسية أو اجتماعية تؤثر على قدرات الافراد فهي سلسلة متصلة من المشاعر الطبيعية للحزن والضعف التي يمكن ان تؤدي الى القلق والاكتئاب والعزلة الاجتماعية.

(Dolbeault et autres, 2007, p 58)

بنية الخوف التي يتم فيها تضمين حالة الخطر الجديدة المنسوبة إلى ارتباط التحفيز والاستجابة، هذا التصور الجديد (عزو الخطر إلى المنبهات المحايدة) يهز المخططات السابقة للموضوع. **(Stéphane, André, 2006, p. p 93-94)**

3.3. نموذج جوناس وبارلوو Jones et barlow:

وفقًا لهذا النموذج، يعتمد تطور اضطراب ما بعد الصدمة على خمسة عوامل من الأصول البيولوجية والمعرفية والسلوكية.

يتمثل الأول في وجود هشاشة في مواجهة حدث صادم يكمن في الاستعداد الوراثي للاستجابة الفسيولوجية للتوتر بطريقة مكثفة ثم تولد الاستجابة العصبية الحيوية للتوتر أعراض فرط النشاط العصبي، تعتمد شدة هذه الاستجابة أيضًا على الوجود السابق للاضطرابات العاطفية (مثل الاكتئاب واضطرابات القلق).

العامل الثاني يتعلق بالتهديد للحدث الصادم حيث أنه كلما زاد الخطر الذي يهدد حياة الضحية (شدته وعواقبه وعدم القدرة على التحكم فيه)، زاد رد الفعل العصبي البيولوجي للخوف وزاد خطر الإصابة بأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة.**(Traber, 2016, p. p 40-41)** . هذه الخصائص لها دور كبير لأنها تجعل التجربة الصادمة أكثر تجنبا وتؤثر في ظهور "الإنذار حقيقي". أو "المنبه الحقيقي" الذي يشكل استجابة خوف شديدة للغاية تحدث عندما يواجه الفرد حدثًا خطيرًا بشكل موضوعي.

أما العامل الثالث فيتمثل في الإنذار المكتسب الذي يمثل استجابة مشروطة للمنبهات الداخلية أو الخارجية التي ارتبطت بالإنذار الحقيقي حيث تظهر هذه الإنذارات المكتسبة في غياب خطر حقيقي وتتجلى في شكل نوبات هلع وأعراض دخيلة. فالصدمة نتيجة التكيف الذي يحدث أثناء الإنذار الحقيقي.

(Brillon, Marchand, et Randolph, 2013, p 133)

في حين العامل الرابع يتمثل في أنه يجب على الشخص أن يدرك ظهور هذا "المنبه المكتسب" من خلال سلسلة من المكونات المعرفية والعاطفية التي تسبب اليقظة المفرطة والتي بدورها تزيد من القلق. ويتعلق العامل الأخير بالمتغيرات المعتدلة مثل وجود أو عدم وجود دعم اجتماعي أو قدرة جيدة على إدارة الضغط **(Lopez, 2002, p 97)**

4. النظرية النسقية:

باعتبار أن النسق مجموعة من العناصر في حالة تفاعل بطريقة دينامية فهي بناء قائم على الكل فالمقاربة النسقية تعتمد على طريقة التحليل من خلال الاعتماد على الدراسة النهائية للتفاصيل ولهذا فالنسق يتميز فيما يخص الصدمة بوظيفتين هما الميل إلى التوازن والقدرة على التحول ويستعمل النهج النسقي مصطلح الأزمة ويقصد بها أنه سياق يؤدي إلى اختلال التوازن وقد تكون هذه الازمات سلبية من خلال زعزعة الاستقرار أو إيجابية من خلال إعادة التنظيم. **(بهتان،2021، ص 61)**

تركز هذه المقاربة على النظرية العامة للأنساق للعالم البيولوجي "**berta lanffy**" الذي يرى أن الطابع الأساسي للكائن الحي يتمثل في تنظيمه الكلي وليس التحقيق في مجموع أجزائه كون هذا لا يقدم تفسيرا للظواهر الحية ولهذا فهي تؤكد على الشمولية كونها انطلقت من مبدأ أن الكل أكبر من مجموعة أجزاء **(Bertalanffy, 2013, p 411)**

وتؤكد هذه النظرية أن كل كائن حي لابد أن يتميز بوظيفتين هما: التكييف والتحويل ويكمن دورهما في الحفاظ على التوازن داخل النسق(مؤقتا) وإلاّ حدوث الأزمة التي تعبر عن الفشل في إحداث التوازن داخل النسق ليتم المرور بعد ذلك لوضعية جديدة.

وتكون الأزمات ذات طابع إيجابي وسلبي يتمثل الإيجابي في التغيير وإعادة التنظيم واتخاذ القرارات التي تفرضها الأزمات، في حين يتمثل السلبي في الصلابة وانسداد الاستعداد التي تسهر على التنظيم الدائم للنسق. **(بهتان،2021، ص. ص 61-62)**

5. النظرية الفسيولوجية:

تعتبر النظرية الفسيولوجية أن التفكك الناتج عن الصدمة هو ظاهرة معقدة يمكن رؤيتها من وجهات نظر إكلينيكية وعلمية متنوعة ولا يوجد نموذج شامل لتفسير الصدمة النفسية، وهي تؤثر بشدة على عمل العمليات العصبية الحيوية.

حيث يؤكد **جاك بانكسب Jaak Panksepp** (1998) عالم الأعصاب أن الناس يظهرون استجابات نفسية فيزيولوجية عصبية مختلفة للصدمات. ويفترض غالبا استجابتين للصدمة، تتميز الأولى بفرط الإثارة والأخرى استجابة فصامية. ويمكن أن تحدث أعراض الاستجابة الفصامية في مجموعة متنوعة من الاضطرابات، مثل الاضطرابات الانفصالية، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). **(Lanuis, Paulsen, and Corrigan, 2014, p 1-3)**

وقد تمت دراسة الاستجابة المفرطة في اضطرابات ما بعد الصدمة والتي يشار إليها أيضًا باسم استجابة القتال أو الطيران من خلال استثارة الجهاز العصبي الودي، والتي تتضمن إفراز **الكاتيكولامينات catécholamine** (مجموعة من الهورمونات تفرزها الغدة الكظرية لتنشيط الميولات العنيفة) وخاصة **الأدرينالين adrénaline (الإبينفرين épinéphrine)** و**النورادرينالين noradrénaline (النوربينفرين norépinephrine)**

عادةً ما يرتبط إفراز هذه النواقل العصبية بتقليل الوعي، أي التركيز بشكل خاص على الحدث المهدد المرتبط بالاستجابات الدفاعية النشطة، ومع ذلك فإن طبيعة الجهاز العصبي السمبثاوي* هي تنشيط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي* ليكمل تنشيط الجهاز العصبي السمبتاوي، ويعتبر هذا التنشيط الباراسمبثاوي هو أساس الاستجابة.

---

* **الجهاز العصبي السمبتاوي** ويعرف بالجهاز العصبي الودي ويعمل على زيادة قوة عضلة القلب حيث يزيد من عدد دقاته وضيق الأوعية الدموية ويوسع القصيبات الهوائية ويرفع ضغط الدم. **(بهرند،2015، ص 35)**

* الجهاز العصبي **البارا سمبتاوي:** ويعرف بالجهاز العصبي نظير الودي المثبط تتمثل وظيفته في استعادة طاقة القلب حيث يقلل ضربات القلب ويضيق القصبات الهوائية. **(بهرند،2015، ص 35)**

وهذا التنشيط الباراسمبتاوي هو آلية بيولوجية عصبية طبيعية ترتبط عادة بالاستجابة الدفاعية السلبية (قد تكون استجابة مجمدة، مكبوتة، مقطوعة، معرقلة خلل وظيفي ...

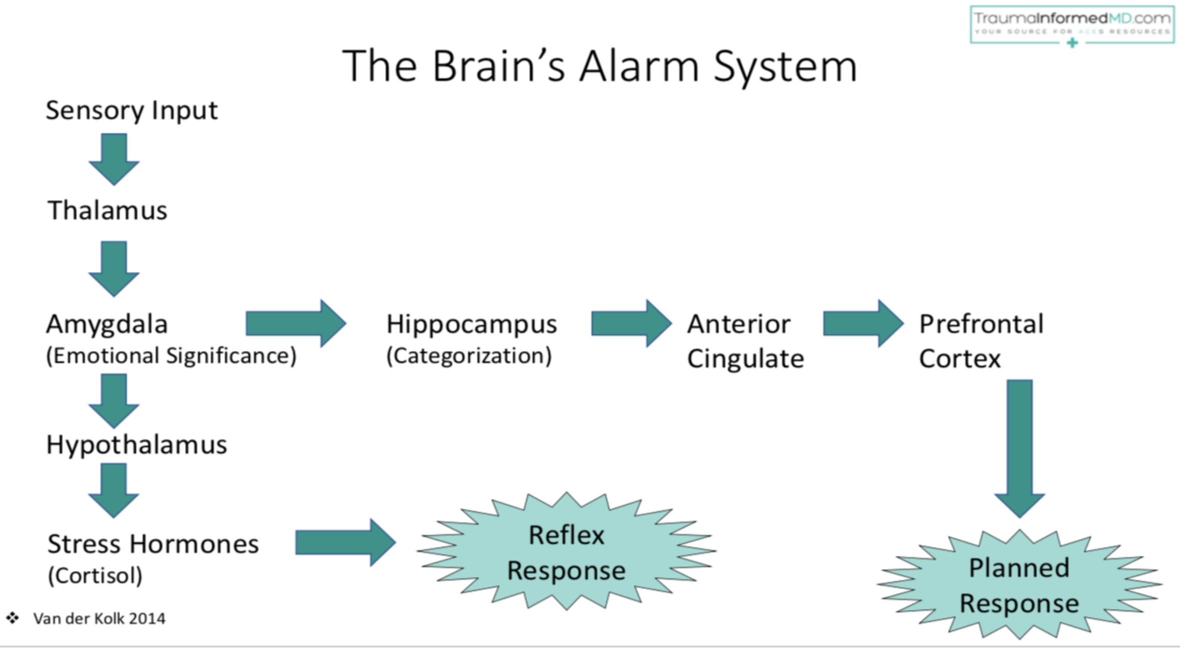
وتتمثل العواقب الاكلينيكية لاستجابات الدفاع السلبية في: فقدان الذاكرة والألم والجسدنة، الذاكرة الحركية العاطفية ... هذه الاستجابات الدفاعية السلبية تحصل جزئيًا على الأقل بواسطة مواد كيميائية عصبية مخدرة وانفصالية، أي الأفيونيات التي تقلل من إدراك الألم الجسدي وكذلك الألم العاطفي. علاوة على ذلك، يؤدي إفراز هذه المواد الكيميائية العصبية المخدرة إلى انخفاض الوعي ويتداخل مع تكامل المعلومات، على سبيل المثال، معالجة المعلومات، فيهتم الكائن الحي بالبقاء وتقليل استخدام الطاقة، ويعكس جوهر التجربة الانفصالية.

وتعتبر هذه النظرية أن الضغوط غير الضارة والصغيرة مثل إعطاء الطلاب مهمة حسابية غير قابلة للحل سوف ينتج عنه فقدان الشعور بالألم وهو ما يعتبر رد فعل فصامي مثل التخدير الذي يحدث للأفراد.

(Lanuis, Paulsen, and Corrigan, p 1-3)

أما فيما يخص الجهاز الحسي فان هذه النظرية ترى أن التكامل الحسي في ظل الصدمة يقل إلى مستويات دنيا أو يغيب في الحالات القصوى ولهذا فالتكامل الحسي تحت التهديد لا يحدث على مستوى المراكز العليا للدماغ. وبفعل الصدمة التكامل الحسي في المقام الأول على مستوى **التوائم الأربعة corpora quadrigemina**

ومع زيادة مستويات التهديد، يتوقف التكامل الحسي للقشرة المخية الحديثة في النهاية تمامًا. فالأفراد المصابين بصدمات نفسية، نتيجة لتثبيط المهاد، يحدث التكامل الحسي لديهم في مناطق الدماغ السفلية، مما يعكس الاستجابة بشكل أسرع وأكثر مما تسمح به المعالجة القشرية. (**Lanuis, Paulsen, and Corrigan,p. p 12-13**)



الشكل (10): مخطط يبين نظام إنذار الدماغ لحظة تلقي الصدمة. المصدر:

(https://www.traumainformedmd.com/trauma.htm)

IV. تشخيص الصدمة حسب DSM:

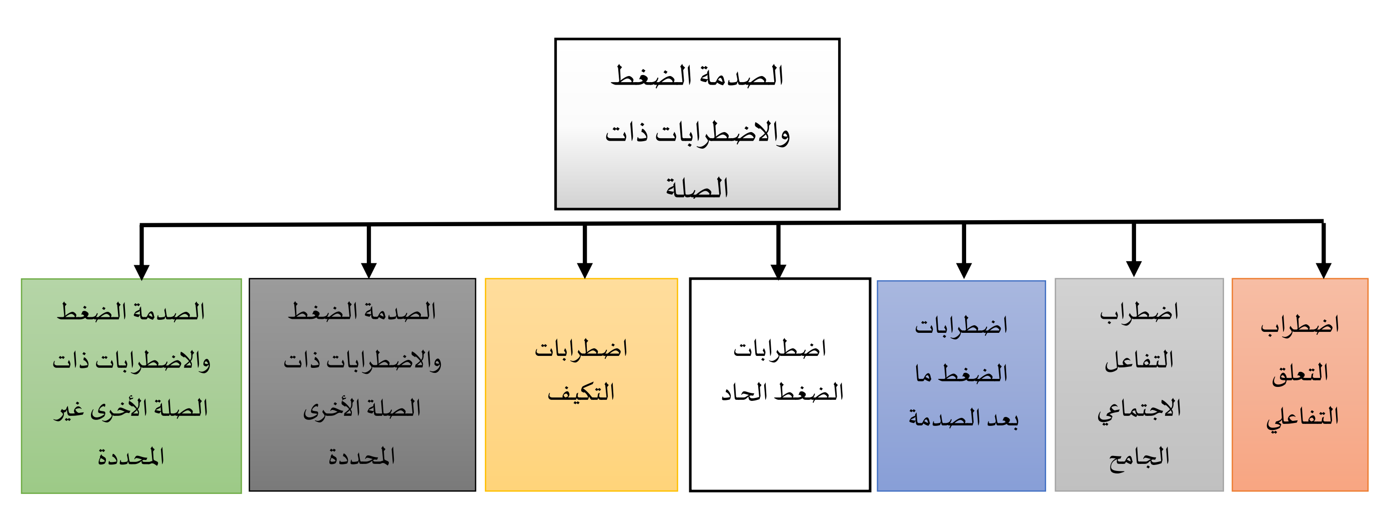
إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية **DSM** يعد من أحدث المراجع من الناحية العلمية والعملية في مجال الاضطرابات النفسية بصفة عامة، وخاصة في مجال دراسة الصدمات النفسية حيث يخضع إلى تعديلات علمية بشكل دائم من طرف فريق من العلماء على مدار العقود الأخيرة، مما يمكنه من الإلمام بالمستجدات العلمية بصورة مستمرة. حيث أن الهيئات العلمية القائمة عليه تحاول دائما إضافة كل ما تراه مفيدا في مجالي التشخيص والبحث العلمية بهدف تقديم المساعدة للعياديين والباحثين على حد سواء، باعتبارهما العاملين الرئيسيين في تطوير هذا الميدان. يستعمل هذا الدليل حاليا من طرف العديد من الممارسين في المجال العيادي، والباحثين في إطار الدراسات العلمية، باعتباره من أهم التصنيفات العلمية العالمية. وقد ظهر اهتمام هذا الدليل بالصدمة النفسية منذ بداية صدوره حتى الآن.

وقد ظهر أول اهتمام بالصدمة النفسية في الدليل التشخيصي الإحصائي الأول **(DSM I)** سنة 1952تحت مسمى تناذر **الاستجابة للضغط الحاد gross reaction stress** وهذا من أجل وصف ردود الفعل الصدمية الحادة، وقد أدرجت هذه الفئة تحت محور اضطرابات الشخصية الموقفية العابرة، والتي تعتبر أن الحدث الصدمي يمكن أن تكون لديه انعكاسات، ولو كانت بصفة مؤقتة في الزمن، على الشخصية. **(زقار، زقوار، 2019، ص. ص 677-678)**

لكن هاته الفئة التشخيصية غابت في الدليل التشخيصي الثاني **(DSM II)** سنة 1968 لتظهر مجددا في الطبعة الثالثة **(DSM III)** سنة 1980، تحت مسمى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ضمن محور اضطرابات القلق) وكان يضم كل التناذرات الصدمية حينها :التناذر الصدمي للاغتصاب، وتناذر النساء المعنفات، وتناذر محاربو الفيتنامي.

أما في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي **(DSM IV)** سنة 1994 أعيد تسميته بنفس المسمى السابق حول الصدمة (اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) ويشخص هذه الاضطراب بعد مرور شهر من وقوع الحادث الصدمي. مع إضافة فئة تشخيصية جديدة سميت باضطراب الضغط الحاد، كحالة تشخيصية مبكرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة **PTSD** تعبر عن حالة التفكك المصاحب للصدمة. **(dissociation péritraumatique)**

وفي النهاية استقر اتفاق الهيئات العلمية في الطبعة الأخيرة لهذا الدليل **(DSM V)** على أهمية تصنيف الاضطرابات الناجمة عن الصدمة والضغط في محور مستقل بعدما كان تصنيفهما مدرجا ضمن محور القلق في الدليل التشخيصي الرابع وهذا ما يدل على عدد الدراسات الكبير التي أثبتت مدى انتشار الظواهر الصدمية في مختلف البيئات والأجناس والفئات العمرية، ومدى خطورة هذه الاضطرابات على الصحة النفسية والعقلية للأفراد والمجتمعات. وتضمن هذا المحور الفئات التشخيصية التالية: اضطراب التعلق التفاعلي، واضطراب التفاعل الاجتماعي الجامح، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد واضطراب التوافق، علاوة على اضطرابات الصدمة والضغط الأخرى المحددة وغير المحددة وهذا ما سنوضحه بالمخطط التالي:



الشكل (11): مخطط يبين محاور الصدمة النفسية حسب DSM-5

المصدر: **(زقار، زقوار، 2019، ص. ص 677-678) بتصرف**

V. أنواع الصدمات النفسية:

1. الصدمات الأساسية Traumatisme de base:

يتمثل هذا النوع في الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد خلال مراحل نموه والتي ينتج عنها آثار حاسمة. **(بهتان،2021، ص 58)**

1.1. صدمة الميلاد Traumatisme de naissance:

أوضح **أوتو رانك Otto Rank**(1929) بأن الولادة في حد ذاتها تعتبر صدمة فالرضيع يخرج فجأة وبشكل مؤلم من الرحم الدافئ والآمن إلى عالم بارد وعدائي ومحبط. فالناس عندما يشعرون بالإحباط في وقت لاحق من حياتهم، قد يتصرفون من بعض النواحي كما لو كانوا يرغبون في العودة الى الرحم.

وقد أكد (1975) **لوبيير Leboyer** بأن الولادة يجب أن تكون لطيفة قدر الإمكان لكل من الأم والرضيع. وفي تقنية الولادة، يتم تقليل صدمة الولادة من خلال الحفاظ على مستويات الضوء والضوضاء في غرفة الولادة ووضع المولود الجديد على ثدي الأم، ويوضع في حمام دافئ. يحضر الأب ويساعد في التعامل مع الأطفال المولودين حديثا **(Reyondels, Feltcher, 2002, p 138)** إلا أن هذه الفكرة جعلت رانك يتعرض لانتقادات شديدة من قبل العديد من المحللين النفسانيين وعلى رأسهم **لاكان وفرويد** اللذان يريان أن رانك لم يقدم الأدلة والملاحظات التي تؤكد على وجوده. **(Barzilai, 1999, p 29)**

2.1. صدمة البلوغ Traumatisme de puberté:

إن حقيقة البلوغ تفوق قدرات المراهق على احتوائها فالدافع الجنسي غير مستقر وسيؤدي إلى حالة من الذعر الداخلي. وبهذا المعنى فإن مرحلة البلوغ لها قيمة الصدمة، بل تعتبر نوع من الصدمة الداخلية التي يجب إدارتها. فالمراهق يجد نفسه بجسد جديد وتجربة حسية غامضة. يمحو هذا الجسم الجديد آثار الطفولة، مع إمكانية الإنجاب فالمراهقة تحتوي على نظام متناقض من الأفكار والتمثيلات وحتى الأفعال، ومع ظهور هذا الجسم الجنسي الواعد وتعديل صور الوالدين. يوجد في الوقت نفسه تراجع للتعامل مع مخاوف الخسارة وعدم الاكتمال. لا يتطابق الجسد الجديد على الفور مع تمثيلات الجسم، وأهم ما يميز البلوغ هو إضفاء الطابع الجنسي على التمثيلات والأفكار.

(Mareau, Sahuc, 2006, p 132)

3.1. صدمة الحياة Traumatisme de vie:

ويقصد بها تلك الاحدث المختلفة المؤلمة (كونها مفاجئة وتهدد حياة الفرد وقد يواجه فيها لموضوع الموت) ومن أبرزها:

- **الصدمة الناتجة عن معاشية الحدث:**

وتمثل الكوارث الطبيعية كالزلازل، الحرائق، البراكين بالإضافة الى حوادث السيارات مشادة الموت .

- **صدمة ناتجة عن فقدان عزيز:**

باعتبار الصدمة ترتبط بالفقدان ففقدان عزيز نفسية الفرد وسب آثارا نفسية وخيمة سواء كان حاضرا

أو غائبا. **(بهتان،2021، ص61)**

4.1. صدمة الطفولة Traumatisme d’enfance:

قد يعاني الأطفال من الصدمات بعدة طرق: الحوادث، والأمراض أو الإصابات الخطيرة، والكوارث الطبيعية. فيمكن أن يكون للمعرفة المباشرة بالحدث الصدمي تأثير مؤلم على حياة الطفل العاطفية، وتنتج هذه التجارب المؤلمة بشكل عام مستويات لا يمكن تحملها من الإجهاد، فإن المواقف المجهدة باستمرار من مصادر مثل الاعتداء الجسدي والجنسي والعاطفي والإهمال والعنف الأسري والخطاب والعنف المجتمعي والمرض العقلي والسجن لها آثار كبيرة وبعيدة المدى. **(Shannon, 2021, p 2)**

2. الصدمات حسب لينور تيرر Lenor terr وايلدرا سولمون Eldera solomon وكالثين هايد Kaltheen Heide

يميز **تيرر (1991)** بين نوعين من الصدمات فالصدمة من النوع الأول ناتجة عن حدث ما فريد من نوعه ومحدود بزمن وبداية ونهاية واضحين (هجوم، حريق، كارثة طبيعية) أما الصدمة من النوع الثاني عندما يتكرر الحدث أو عندما

يكون موجودًا باستمرار أو عندما يكون مهددًا بالتكرار في أي وقت لفترة طويلة من الزمن. مثل العنف المنزلي والاعتداء الجنسي والعنف السياسي والإرهاب وأعمال الحرب بهذا التعريف.

وقد أضاف **سولومون وكالثين هايد (1999)** النوع الثالث، لوصف عواقب أحداث متعددة وعنيفة تبدأ في سن مبكرة وتستمر لفترة طويلة. **(Josse, 2014, p 19)**

3. الصدمات حسب جوديث هيرمان Judith Herman:

حسب **جوديث هيرمان (1997)**، (أستاذة في كلية الطب بجامعة هارفارد)، فهي تصنف الصدمة إلى نوعين: الصدمة البسيطة والمعقدة والصدمة البسيطة يدمجها في النوع الأول من الصدمات التي حددها تير التي تشكل الأحداث التي تمثل حدثًا محددًا في حياة الموضوع اما الصدمة المعقدة فهي تحدث نتيجة الإيذاء المزمن للخضوع لشخص أو مجموعة من الناس. في هذه الحالات، يكون الضحية عمومًا أسيرًا لفترة طويلة (أشهر أو سنوات)، تحت سيطرة صاحب الأفعال المسببة للصدمة وغير قادر على الهروب منه. يجب مقارنة هذه الإصابات المعقدة بالصدمات من النوع الثاني التي حددها تير وإذا بدأت في سن مبكرة، بالصدمات النوع الثالث الذي حدده سليمان وهايد. **(Josse, 2014, p 19)**

VI. عوامل وأعراض الصدمات النفسية:

1. عوامل الصدمة: من بين العوامل المسببة للصدمة النفسية نجد:

1.1. الكوارث الطبيعة Les catastrophe naturelles: كالفيضانات والأعاصير والبراكين والزلازل.

2.1. الأحداث التي تسبب فيها الإنسان Les évènements d’origine humaine: كالتعذيب سواء في المعتقلات أو السجون وحتى عمليات الاختطاف. **(لكحل وذنو، 2013-2014، ص 110)**

2. أعراض الصدمة:

1.2. الأعراض الحسية Les symptômes sensoriels: ومن بينها:

- تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة.
- فرط الحساسية الحسية المرتبطة بذكريات الحدث الصادم.
- اضطراب في التقييم الإدراكي للمنبهات الحسية وكذلك ضعف التركيز.

(Batia, Rachel, 2013, p. p 267-268)

2.2. الأعراض السلوكية Les symptômes comportementales:

- ✓ اضطرابات الأكل واضطرابات النوم.
- ✓ سلوكيات إيذاء الذات كتعاطي المخدرات وادمان الكحول. **(Nova, 2015, p 07)**

- ✓ الاعياء حيث أن نشاط الفرد المصدوم ينخفض بشدة نتيجة تعرضه للحدث الصدمي.
- ✓ بكاء المصدوم الذي يعبر عن حزنه ومعاشه الصدمي. **(لكحل وذنو، 2013-2014، ص 110)**

3.2. الأعراض المعرفية Les symptômes cognitifs:

- تفسير الإشارات الاجتماعية بطرقة خاطئة والاهتمام بتقييم الذات من قبل الأخرين.
- توقع سلبي دائم للمستقبل. **(غراب، 2014، ص 174)**
- ثغرات في الذاكرة.
- غرق في ذكريات الصدمة.
- ضعف القدرة على التركيز.
- أفكار انتحارية. **(Nova scotia, 2015, p07)**

4.2. الأعراض الانفعالية Les symptômes émotionnels:

- المعاناة من القلق والعواطف والذكريات المزعجة التي لا تريد ان تزوب.
- جعل الفرد فاقد للحس وغير مبالي وغير قادر على الثقة.
- شعور الشخص بعدم الأمان. **(Craft, 2020, p. p 27-28)**
- الغضب والتهيج والخوف.
- التخدر العاطفي وإيجاد صعوبات في العلاقات. **(Nova, 2015, p 07)**

5.2. الأعراض الجسدية Les symptômes somatiques:

- فقدان الوزن لفقدان الشهية.
- الانهاك. **(لكحل وذنو، 2013-2014، ص 109)**
- الألم.
- انخفاض الطاقة.
- الصداع. **(Nova, 2015, p 07)**

VII. مراحل الصدمة النفسية:

تتقاطع مراحل الصدمة النفسية مع مراحل القيام بالحداد وتتمثل حسب أغلب المراجع في:

1. مرحلة حدوث الصدمة Stade de trauma:

وخلالها يشعر الفرد بإحساس شديد بالرهبة والضيق والذي يعرف بلحظة الصدمة (moment de sidération) ويتبعها استجابة الجمود للجهاز السبمبثاوي* واستجابة القتال للجهاز الباراسمبثاوي (تسارع نبضات القلب والتنفس) ما يؤدي الى فقدان جزئي للوعي.

واثناء حدوث الصدمة يصحب الضحية شعور بالعجز وارتباك كبير حيث تتجمد ذاكرته ويفقد الشخص مرجعتيه. في بعض الأحيان، ووتميز ردود أفعال المصدومين أعراض: فرط التوتر الجسدي (الإثارة، القلق)، الذكريات المتكررة، والتجنب تتوافق هذه الأعراض مع اضطراب ما بعد الصدمة.

(Monbourquette, Aspremont, 2016, p 34-36)

2. مرحلة الإنكار Stade de dénie:

في هذه المرحلة ينكر الفرد حقيقة الحدث الصدمي فالإنكار عملية الية لاشعورية ترتبط بالافكار والمشاعر المرتبطة بالحدث الصادم فالفرد يحاول اقناع نفسه أن الحدث لم يحدث ف**جانوف بولمان(Janoff Bulman)** الانكار استجابة وظيفية قصيرة المدى حين تكون المشاعر شديدة.**(Luminette, 2008, P 78)**

فكل ضحية صدمة ترغب في محو هذا الحدث المشوه الا انه من المفارقات الغريبة الذين يفشلون في محوه هم من يرغبون في ذلك بشدة حيث انهم يفشلون في تجنب الوعي والذين ينجحون في الانكار غالبا ما يتعرضون لحدث لا يمكن التسامح معه أو كبحه. **(Salter, 1995, p 221)**

3. التعبير عن العواطف والانفعالات l'expression des émotions et des sentiments:

تؤثر الصدمات على الانفعالات والعواطف حيث تؤدي الى كبت كمية كبيرة من الطاقة ومع هذا يحاول الضحية حل هذا الانسداد من خلال العمل على إطلاق هذه الطاقة لإكمال العملية البيولوجية للعدوان أو الهروب.

فالتجربة الاكلينيكية تظهر ان الشخص الذي تعرض لصدمة نفسية يحاول وضع نفسه في مواقف من الكبت العاطفي أو في مواقف مشابهة للمواقف الاصلية التي سببت الصدمة حيث أنه يحاول لاشعوريا استعادة عملية التعبير عن الذات الا ان تكرار هذه التجربة تساهم في زيادة اعراض الكبت العاطفي.

---

* **الجهاز العصبي السمبتاوي** ويعرف بالجهاز العصبي الودي ويعمل على زيادة قوة عضلة القلب حيث يزيد من عدد دقاته وضيق الأوعية الدموية ويوسع القصيبات الهوائية ويرفع ضغط الدم.

الجهاز العصبي البارا سمبتاوي: ويعرف بالجهاز العصبي نظير الودي المثبط تتمثل وظيفته في استعادة طاقة القلب حيث يقلل ضربات القلب ويضيق القصبات الهوائية. **(بهرند، 2015، ص 35)**

(Lafortune, Mongeau, 2002, p 90) وعندما يفشل الشخص في مقاومة الحداد تظهر سلسلة من العواطف والانفعالات التي تعتبر مصدرا لكل من التغيرات الفيسيولوجية كخفقان القلب واحمرار الجلد وافراز الأدرينالين ومن ابرز انفعالات الصدمة التي يتم التعبير عنها (الحزن، الشعور بالذنب، الخوف من الهجران...).

(Monbourquette, Aspremont, 2016, p 50-52)

4. **مرحلة المفاوضة Stade de négociation:**

غالبًا ما يعاني الشخص المصاب بصدمة نفسية من استجابة حزينة يمكن أن تكون لمدة طويلة. فهي عملية طبيعية من الحداد وإعادة التكيف النفسي الضروري لحل مشكلة الفقدان، وهذه المرحلة تكون مفيدة إذا كان الفرد متسبب بإصابة فرد اخر بصدمة نفسية لكنها تكون غير مفيدة للضحية الذي يقوم بلوم الذات من خلال استعمال عبارة (ماذا لو) وهو ما يخلق حواجز أمام الشفاء.

5. **مرحلة الاكتئاب Stade de dépression:**

يعتبر الاكتئاب استجابة طبيعية للصدمة النفسية كونه جزء من عملية الحداد. على الرغم من أن الاكتئاب الذي يصاحب الصدمة مؤقت، إلا أنه قد يكون شديدًا ومؤلماً نفسياً من الشائع أن يرتبط الاكتئاب المرتبط بالصدمة بالعديد من أعراض الاكتئاب الإكلينيكي. (Dalene & al, 2002, p21)

6. **مرحلة القبول Stade d'acceptation:**

المرحلة الأخيرة من الصدمة هي القبول. فالأفراد سيصلون في النهاية الى تقبل عواقب وآثار الصدمة حتى وان لم يتمكنوا من تعويض الفقدان حيث يتعلمون كيفية التعايش مع الصدمة وهنا يتم تخفيف الألم أكثر وتفرض الثقافة التي يعيش فيها الشخص توقعات حول عملية الحزن أو الحداد. قد تخلق القيود الثقافية حول التعبير عن المشاعر حواجز أمامها. ففي المجتمع الغربي الأبيض قد يقاوم بعض الناس التعبير عن مشاعرهم خوفًا من الحكم عليهم على أنهم يفتقرون إلى ضبط النفس. فقد يحمل أرباب العمل الشخص الحزين مسؤولية أو غير كفء لأداء وظيفته.

(Dalene & al, 2002, p21)

- **مراحل حدوث الصدمة عند مريض السرطان:**

لا تختلف كثيرا مراحل حدوث الصدمة عند مريض السرطان عن غيرها من مراحل الصدمة والتي يمكن تقسيمها إلى 04 مراحل هي:

- الانكار وعدم التصديق خلال الأسبوع الأول.
- الحسرة والحداد لمدة أسبوعين ويمكن ملاحظتها من خلال مشاعر الخوف والقلق التي قد تصل الى اعلى درجات الفزع وكذلك الحزن الذي قد يصل الى اعلى درجات الكتاب وحتى الغضب الذي يوجه للذات أو الاخرين أو الظروف.
- مرحلة المساومة وهنا يبدا الاهتمام بالورم من خلال الانتقال من العموميات الى المسائل العلمية والبحث عن العلاج.
- التعايش أو التكيف مع التغيرات الجديدة اما بطريقة إيجابية من خلال القدرة على المواجهة أو سلبية من خلال الهروب. **(حمامدية، 2015-2016، ص 104)**

VIII. آلية حدوث الصدمة:

يتسبب الحدث الصادم في تعرض الفرد لكمية كبيرة من الاثارة لا يستطيع الجهاز النفسي للفرد تنظيمه وفاقا لدفاعته المعتادة وهذا ما يشكل الصدمة النفسية وحسب (فرويد 1916) فان الصدمة الخارجية تتحول الى الصدمة نفسية وتغيب القدرة على قبول هذه الحالة الواقعية الصعبة وإدارتها ودعمها نفسيا. **(Dumet, Nroyer, 2002, p 128)** وبالنسبة ل "**آنا فرويد Anna Freud**" فإن الصدمة لا يمكن تعريفها بشكل موضوعي ولكن فقط من حيث الوضع الداخلي للفرد حيث ان المرء يكون المرء غارقًا وعاجزًا بسبب عجز الأنا عن تصريف الإفراط المفاجئ في الإثارة التي لم يكن الفرد مستعدًا لها. **(Freud, 2000, p 138)** وقد خلصت إلى أن جوهر الصدمة النفسية هو تجربة محطمة ومدمرة وتسبب اضطرابًا داخليًا عن طريق وضع وظيفة الأنا خارج الخدمة حيث لا يقوم بصد الاثارات الكثيرة والمفاجئة. **(Midgley, 2013, p 98)**

ووفقا ل "**مارتي Marty**" يرى أن هذا الفائض من الاثارات يهدد قدرة الفرد على التمثيل العقلي (الصور الذهنية التي يحدثها العقل للأشياء التي لا تستطيع الحواس الوصول إليها) فالقدرات النفسية والأداء العقلي والعمليات اللاشعورية بالنسبة لمارتي لم تعد تعمل بشكل طبيعي حيث تفقد ديناميتها الحيوية لصالح دينامية مرضية ما يجعل التغلب على هذا الواقع المؤلم امر مستحيل.**(Dumet, Nroyer, 2002, p. p 128-129)** فنوعية الاستثمار النرجسي هو ما يحدد وجود الصدمة من عدمها وحدوث الصدمة مقترن بعدم القدرة على التفريق بين الداخل والخارج أو عدم التمييز بين الأنا أو اللا أنا. **(زردوم،2017-2018، ص 82)**

IX. بعض الاضطرابات النفسية المرافقة للصدمة النفسية:

1. اضطرابات الرعب أو الخوف Troubles de la peur:

ـيمكن أن تظهر اضطرابات الرعب أو الخوف عن طريق حدث ما يذكر المصابين بالصدمة ويعاني الأشخاص في هذه اللحظة من الخوف الشديد دون وجود سبب مباشر للصدمة وتظهر اضطرابات الرعب أيضا على شكل ردود فعل مثل: عدم انتظام دقات القلب والتعرق والرجفان والإحساس بضيق التنفس أو الاختناق وآلام في الصدر وقابلية القيئ والشعور بالدوخة (فقدان التوازن) والرعشة والدوار وفقدان الإحساس. ويمكن في مثل لحظات الخوف القوية هذه أن يعتقد الشخص بأنه يصبح "مجنوناً" وسيموت أو سيصاب بنوبة قلبية.

2. الاكتئاب Dépression:

يفقد كثير من الذين تعرضوا لصدمات النفسية الاهتمام بالأشياء التي كانت تبعث عندهم السرور سابقاً ويشعرون بالحزن الطويل المستمر وفقدان الأمل ويمكن لهذه الأفكار والإحساسات الاكتابية أن تصبح قوية حتى تظهر فيها أفكار برغبتهم في الانتحار.(**Niedersächsisches Ministerium für Soziales, 2015, p 11**) حيث يعيش الفرد المصدوم اضطرابات اكتئابية بداية من اليوم الثاني الذي يلي الصدمة وتستمر على مدى ثلاثة أشهر وقد اشارت دراسة ل**بيك** ان نسبة الإصابة للاكتئاب للأفراد الذين تعرضوا للصدمة تبلغ 50%.

3. الأفكار الانتحارية أو الانتحار Pensées suicidaires et suicide:

أثبتت الدراسات أن عددا كبيرا من ضحايا الانتحار تعرضوا لصدمات نفسية حيث أشار "De clerq, Lebgoit" أن نسبة الانتحار ترتفع ب1.4 % كل أربع سنوات لدى الشعوب الذين تعرضوا للكوارث الطبيعية.

4. الوسواس القهري Trouble obsessionnel-compulsif:

يتمثل في سيطرة أفكار أو سلوكيات (طقوس) قهرية على الفرد وعدم قدرته على التخلص من محتوى شعور معين، مما يجعلها حاضرة في ذهنه أو على شكل سلوكيات يكررها.

5. الذهانات Psychoses:

قد تؤدي الصدمة النفسية الى تفكك بنية الشخصية ما يؤدي إلى هلاوس سمعية وبصرية وانقطاع الارتباط النفسي الشخصي بالواقع. ما ينتج عنه إصابات بالهوس والفصام وسيطرة الأفكار السوداوية. **(زردوم،2017-2018، ص. ص 85-86)**

X. التناذرات الأساسية للصدمة النفسية:

1. متلازمة التكرار Syndrome de répétition:

يتم إحياء الصدمة بشكل متكرر من خلال الذكريات المتطفلة خاصة من خلال الكوابيس حيث يكون لدى الضحية تصور مستمر لإمكانية تكرار الحدث مرة أخرى، خاصة ان الموضوع قد يواجه مثيرات تذكره بالصدمة التي هي في الأصل تفريغ للعواطف والدوافع العنيفة التي ترمز الى ردود الفعل الدفاعية التي لم يتمكن الفرد من استعمالها خلال التعرض للصدمة الأولى، فتناذر التكرار يهدف باثولوجيا الى استعادة التوازن من خلال احياء الصدمة التي اثرت سابقا على نفسية الموضوع.(Piérre, 2006, p 52)

2. متلازمة التجنب Syndrome d'évitement:

يبذل الضحية جهودًا كبيرة لتجنب أي أفكار أو أحاديث أو مواقف مرتبطة بالصدمة و. ترتبط متلازمة التجنب هذه بالإرهاق، وانخفاض ملحوظ في الاهتمام بالأنشطة المعتادة، والانسحاب، وفي النهاية، تظهر تغييرات في الأداء الاجتماعي والمهني أو أداء الأسرة. **(Palazzolo, 2006, p 127)**

3. متلازمة اليقظة المفرطة المقلقة Syndrome d'hypovigilance anxieuse:

وهنا يكون الشخص في حالة تأهب دائم كما لو كان حدثا جديدا قد يحدث في أي لحظة. **(Portelli, 2011, p174)** وهنا لا يفرق بين المواقف المحايدة والخطيرة وهذا ما يؤدي الى ردود فعل مبالغ فيها حيث يفاجئ عند ادنى ضوضاء، ضعف التركيز، الارق. **(Katy, 2009, P 12)**

XI. صدمة الإعلان عن مرض السرطان:

إن الكشف عن التشخيص جزء من العلاقة بين الطبيب والمريض، فقد تخلى الطبيب في العقود الأخيرة عن مهامه الأبوية باعتبار أن المريض بالغ ومسؤول وله الحق في المشاركة في القرارات الطبية التي تهمه.
(Corine et autres, 2015, p03)

فالإعلان عن المرض دائما ما يعتبر صدمة كونه لحظة حاسمة شديدة عاطفيا ومصدر لضغط كبير ناتج عن عدم اليقين بشأن المستقبل والتشكيك في مشاريع الحياة. **(Brochet, 2019, P 38)** فبالنسبة لمعظم مرضى السرطان لايزال الإعلان عن المرض حدثا لا ينسى، فاكتشاف الإصابة بالسرطان يعتبر أمر مروع فكلمة السرطان تمثل في خيال المريض بالموت البطيء، حيث غالبا ما يتبع تشخيص السرطان صدمة ومعاناة صريحة وهذا ما يتطلب من المختصين إظهار الإنسانية والبساطة وتجنب الاختفاء وراء الكلمات الفنية عند إعلان الإصابة بمرض السرطان لكن المشكلة هنا هل من المستحسن أن نقول الحقيقة كاملة لمريض لا يريد أن يعرف أو يسمع المزيد؟ **(Bettevy & al, 2006, p 69)**

يعد العمل على المشاعر أمرًا مهمًا للغاية، خاصة عندما تسمع الكلمات المخيفة المتعلقة بالسرطان فالعلاقة التي يحافظ عليها المرضى مع مرضهم مبنية على هذه الكلمات الأولى. وهذا راجع لقوة الكلمات في تلك اللحظة التي تشكل الأفكار والمشاعر المرتبطة بها، ويمكن تمييز العلاقة بين الطبيب والمريض منذ البداية بالكلمات المرتبطة بالمرض والنبرة العاطفية كما يلفظها الطبيب.

فالإعلان عن السرطان لا يزال مثيرًا بشكل خاص لأنه على الرغم من أي تقدم علاجي، فإن المصطلح نفسه مرتبط بفكرة التشخيص المميت. وهكذا يتم تعديل الصدمة الناتجة عن الإعلان عن التشخيص بشكل تدريجي من خلال عناصر موضوعية معينة: درجة الخطورة، والمرحلة، وإن كان الورم حميد أو خبيث، والتشخيص الذي يمكن للطبيب أن يقدمه بشكل معقول.

وتتأثر تلك الصدمة أيضا بنفس القدر بالعوامل الذاتية، فالطريقة التي يفتح بها الطبيب أو الفريق الطبي هذا الحوار الأول تؤثر بعمق على الطريقة التي سيتنقل بها المريض إلى العلاج المنتظر وتؤثر على الصدمة كذلك شدة العلاجات، والآثار الجانبية، والإرهاق، وما شابه. لكن الاطباء في المستشفيات ليس لديهم الوقت الكافي لتكريس هذا الإعلان، وليس لديهم الوقت لاستثمار الطاقة العاطفية اللازمة لتكوين علاقة مع المريض والتي قد تكون ضرورية في فعالية العلاج.
(Rougier, 2010, p 47-50)

وعلى الرغم من تأثير صدمة إعلان المرض على المرضى إلا أنه يجب إخبار المرضى بالحقيقة الطبية حتى يعرفوا ماذا يحدث داخل جسمهم وماهي المخاطر التي تواجههم وماذا يتعين عليهم فعله، إلاّ في الحالات النادرة التي لا تسمح فيها نفسية المريض الضعيفة بقول هذا النوع من الحقائق.

ويتم الإعلان عن المرض اعتمادا على العلاقة النفسية بين المريض والمعالج واعتمادًا على الكلمات المستخدمة ونبرة الصوت وطريقة طرح الموضوع واللحظة المناسبة. وكون المعالج إنسانًا بسيطًا لطيفًا ومستعدًا للاستماع، فهذا لا يأتي بدون تدريب. فالمعالج يجب أن يكون على دراية بالكلمات التي تحمل معنى الأمل، والنبرة العاطفية للطبيب عند الإعلان عن الإصابة بالمرض لا تقل قيمتها عن الكلمات.

فالتأثير العاطفي للمرض الذي لا يمكن إنكاره، لكنه يمكن أن يتضاءل من خلال التفسيرات التي تقدم حول نشأة المرض وتطوره، فيفهم الشخص المصاب بالسرطان أنه ولد بصحة جيدة وأنه بإمكانه أن يعود بصحة جيدة، وهو ما يمكن المرضى من العودة إلى واقع أقل رعبا.

هذا الإدراك الجديد يقلل من مشاعر الشعور المرير بالذنب "لماذا أنا؟" فهذه العبارة غالبًا ما تكون مصدرًا للغضب غير المجدي والمدمر. وهو ما يسمح بتقليل المشاعر الضارة. فالفرد بدلا من أن يشعر بأنه مذنب، يشعر بأنه ضحية ويصبح مستعدا لمواجهة مخاوفه المتعددة. **(Rougier, 2010, p 50-52)**

XII. علاج الصدمة النفسية:

1. العلاج الدوائي Traitement pharmacologiques:

تستند العلاجات الدوائية التي يتم تقديمها للأشخاص الذين يعانون من الصدمات النفسية اليوم إلى المبادئ التوجهية الدولية والوطنية .حتى لو لم يكن هناك دواء قادر حاليًا على حل جميع الأعراض الأساسية إلاّ أنّه يمكن اختيار الفئات العلاجية وفقًا لمرحلة تطور الاضطراب وتأثيره. حيث تكون مسألة التدخل العلاجي النفسي بطريقة منهجية، ويعتمد العلاج الدوائي على الأدلة البيولوجية العصبية والمبادئ التوجهية التي وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الولايات المتحدة، ويتم تقديم الادوية حسب الحالات المختلفة:

1.1. في الحالات المستعجلة En situation d'urgence:

لم يتم اثبات فعالية أي دواء في الحالات المستعجلة لهذا يفضل البدء بالعلاج النفسي. حيث يتم استعمال **البنزوديازيبينات benzodiazépines les** * في الغالب كونها تملك تأثيرات مهدئة ومضادة للقلق.

ويتم استعمال **حاصرات بيتا* bétabloquand** مثل **بروبرانلول Propranalol** التي تعمل على حصر تأثير هرمون الادرينالين وقد أثبتت دراسة **Viva** سنة (2003) فعاليته لكن لم يتم تعميم استعماله في الحالات المستعجلة بسبب تاثيراته الجانبية. والمقدار الدوائي الاعتيادي من 50 الى 100 ملغ يوميا.

ويستخدم **Hydroxyzine**(للتهدئة وتخفيف القلق الحاد) بانتظام في المرحلة المستعجلة في فرنسا لأنه يحتوي على مؤشر متوافق مع المرحلة الحادة من الصدمة النفسية ولكن لم يتم إثبات فعاليته في الحالات المستعجلة. والمقدار الدوائي الاعتيادي من 50 الى 100 ملغ يوميا.**(Kédia, Sabouraud, 2020, P 402-404)**

---

* **البروزودينات:** وتعرف بالمهدئات هي أكثر أنواع الأدوية القلق شيوعا تعمل على ابطاء الجهاز العصبي من أجل تحقيق الاسترخاء الجسدي والعقلي.**(Pharmacology University, 2022, p09)**

* **حاصرات بيتا:** هي مجموعة أدوية تعمل على معاكسة عمل تأثير الأدرينالين وهو ما يؤدي الى تباطؤ دقات القلب وانخفاض ضغط الدم. **(غولدبرغ، إليوت، 2002، ص 238)**

3.1.في حالة اضطرابات ما بعد الصدمة En situation de trouble stress post-traumatique (PTSD) constitué:

أ. مثبطات امتصاص السيروتونين* Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS):

يعدل السيروتونين التحفيز المفرط للخوف ويتم ملاحظة الفعالية بعد 4 أو 6 أسابيع، وينصح بالحفاظ على العلاج لمدة 12-24 شهرا بجرعة فعالة لمنع الانتكاسات وتعتبر مضادات السيروتونين اقل تكلفة رغم انها اقل فعالية من التدخلات النفسية التي ينصح بها. ويتم تقديم الجرعة للمريض على النحو التالي:

- ✓ فلوكسيتين **Fluoxétine:** من 20-80 ملغ يوميا.
- ✓ باروكستين **paroxétine**: 20-60 ملغ يوميا.
- ✓ سرترالين**Sertraline** : 50 -200 ملغ يوميا.
- ✓ سيتالوبرام **Citalopram**: 20-60 ملغ يوميا.**(Kédia, Sabouraud, 2020, p. p 404-405)**

ب. مثبطات الذهان غير النمطية* Les antipsychotiques atypiques:

قد اثبتت مضادات الذهان غير النمطية فعاليتها في علاج اعراض الصدمة الى انه لا يجب استعمالها كبديل للعلاج النفسي للصدمات بل يمكن استعمالها كعامل مساعد في العلاج النفسي.

ومع ذلك قد تكون مفيدة للآخرين عندما لا تستجيب اعراضهم للأدوية الأخرى. ويتم استخدام مضادات الذهان بعد تقييم اكلينيكي والبحث عن اقل مخاطر الاثار الجانبية. وتقدم جرعات مثبطات الذهان على النحو التالي:

- ✓ ريسبريدون **Risperidone** 0.8 - 8 مغ يوميا.
- ✓ أوالنزابين **Olanzapine** : 5-10 ملغ يوميا.
- ✓ كيتيابين **Quétiapine** : 25-300 ملغ يوميا**(Kédia, Sabouraud, 2020, p 405** .)

ج. مثبتات المزاج Les thymorégulateurs:

هذه المثبتات لها تأثير مضاد لتأجيج (زيادة حدة) العملية فيزيولوجية العصبية التي تهئ الخلايا العصبية للتوعية وزيادة في إفرازها بسبب تكرار المحفزات المقابلة لتكرار الأحداث المؤلمة أو إعادة إحيائها وتعمل على التدخلات والتهيج واضطرابات النوم وغالبًا ما يتم استخدامها مع المؤثرات العقلية الأخرى (مضادات الذهان الاخرى) وتقدم بالجرعة الاتية:

- ✓ لاموتريجين **Lamotrigine**: 25-400 ملغ يوميا.
- ✓ فالبروات **Valproate**: 250-2000 ملغ يوميا. **(Kédia, Sabouraud, 2020, p 406)**

---

* **مثبطات امتصاص السيروتونين:** تعتبر من مضادات الاكتئاب والتي تستعمل في اضطرابات القلق من خلال تحفيز مستقبلات (GABA). **(محمد محمد، 2018، ص 95)**

* **مضادات الذهان غير النمطية:** هي الجيل الثاني من المضادات الذهانية التي تتميز بالفاعلية العلاجية وقلة الأثار الجانبية السلبية. **(Bordet, 2004, p82-85)**

2. العلاج السيكودينامي Traitement psychodynamiques:

رغم أن العلاجات التحليلية قد تستغرق مدة طويلة مقارنة بالعلاجات السلوكية وال **EMDR** الا انها اثبتت فعاليتها في علاج الصدمات النفسية.

ويستخدم العلاج الدينامي حسب **Lebigot** مثلا عندما يواجه المريض صعوبات في احداث التحويل على المعالج ويتم استعمال العلاج الدينامي بعد استعمال علاجات أخرى مبكرة. **(Lebigot, 2021, p 92-95)** وهنا يتعين على المعالج الوصول الى عالم المفحوص الهوامي ويستخدم عادة العلاج السيكودينامي عند ظهور متلازمة التكرار، أي بعد أسابيع أو أشهر وحتى سنوات من الحدث الصدمي. **(شادلي، 2016-2017، ص 177)**

ويتم الاتفاق على سير المقابلة بين المعالج والمفحوص اثناء المقابلات الأولى التي تهدف الى تفريغ الشحنات العاطفية المرتبطة بالصدمة وإذا كانت المقابلة بعد وقت قصير من الحدث الصدمي فسيتم التطرق الى الصدمة بالتفصيل من اجل التعرف على طبيعة العواطف والانفعالات التي اثارها الحدث الصدمي والأفكار التي نشأت اتجاهه.

فالمحلل النفسي يهدف الى جعل الموضوع يعبر عن المشاعر المتعلقة بالحدث الصدمي التي لم يكن قادرا على التعبير عنها وهنا يبدأ التحويل (سلوك عاطفي تجاه المعالج يحول خلاله المفحوص مشاعر الحدث الصدمي) الذي يعتمد على قدرة المعالج على اثارة ذلك لدى المفحوص من خلال القدرة على الاستماع وتقديم المساعدة الفنية اللازمة. **(Lebigot, 2021, p 94-96)**

ويعتمد العلاج السيكودينامي في علاج الصدمات كثيرا على التداعي الحر لفرويد الا ان التفريغ الانفعالي قد يتم بطريقتين: اما عند طريق المقابلة الفردية خاصة عندما يكون تعرض للحدث الصدمي بمفرده أو التفريغ الانفعالي الجماعي وهنا يعود الامر للمعالج الذي يقوم بتقدير الحالة العاطفية للضحية.**(Lebigot, 2021, p. p 119-120)**

ويتمثل التفريغ الانفعالي الفردي في جعل الحدث الصدمي يعود للظهور بالتفصيل ويستحسن ان يتم التفريغ الانفعالي للصدمة دفعة واحدة وفي وقت واحد لكن الموضوع يفشل احينا في استرجاع ذكريات الحدث الصدمي دفعة واحدة. اما التفريغ الانفعالي الجماعي تتمثل في وضع الأشخاص المصدومين الذين يعرفون بعضهم البعض وتعرضوا لنفس الحدث الصدمي في مجموعة واحدة.**(Lebigot, 2021, p 120-130)**

فالصدمة النفسية عندما لا يتم علاجها مبكرًا، أو عندما تكون الأعراض المقدمة شديدة يتم الاستعانة ببعض التقنيات كتحليل الاحلام فقد تستلزم حالات ما بعد الصدمة عملًا علاجيًا نفسيًا يستمر لعدة أسابيع أو شهور أو حتى سنوات. فالأحلام في متلازمة التكرار إلى اهتمام المرضى بنشاط أحلامهم. أثناء العلاج، حيث يوافق العديد منهم على سرد القصة بشكل منهجي وإثبات قدرتهم على إنتاج تعليقات تعزز التطور النفسي للصدمة .

وعادة ما نشهد التطور التالي: تبدأ الكوابيس المتكررة وغير القابلة للتغيير في تضمين عناصر تنتمي إلى تاريخ الموضوع أو تشهد على نشاطه الهوامي. ثم تظهر أحلام متعلقة بالمعاناة الناتجة عن الصدمة. أخيرًا، يتم الإشارة إلى الشفاء من خلال حلم واحد أو أكثر يظهر الضحية كأنه قام بخطأ غير محدد .فالعلاج التحليلي للصدمة النفسية يجب فيه

الاهتمام لأفعال وخطاب المفحوص، وتستعير تمثيلات الحلم رمزيتها من الإخصاء (الفرويدي). ولهذا يدور خطاب المفحوص حول الشعور بالذنب. كما يتضح في متلازمة التكرار فالشعور بالذنب هو محرك العلاج النفسي ولهذا يجب ان يكون ذنب الصدمة مصحوبا بالذنب الأوديبي المشترك بين جميع الرجال، وعندما يفشل العمل العلاجي على الذنب يتظاهر الشخص المصاب بصدمة بانه ضحية خالصة ويقوم بإدانة المضطهدين. **(Lebigot, 2021, p 184)**

3. العلاج المعرفي السلوكي Thérapie comportementales et cognitives:

تتشكل الأسئلة التي يطرحها علم النفس الصدمة بالنسبة للسلوكين حسب مقاربات التعلم (كيف تتشكل استجابة الخوف من خبرة واحدة –الحدث الصادم-؟،لماذا لا تنطفئ هذه الاستجابة؟ كيف يمكن تعديلها؟) ولماذا يتعلم الاستجابة البعض ولا يتعلمها البعض الاخر؟ في حين يهتم المعرفيون بدور المعتقدات المعرفية (البنى، المعتقدات، الذكريات، عمليات الانتباه....). **(شادلي، 2016-2017، ص 184)**

يهدف العلاج السلوكي المعرفي للصدمات النفسية الى إزالة حساسية المريض للمثيرات والذكريات المتعلقة بالحدث الصادم من أجل تقليل مستوى التوتر ويهتم العلاج المعرفي السلوكي مجموعة بالتثقيف النفسي حول ردود الفعل بعد الصدمة، وإضفاء الطابع الشخصي والتعبير عن المشاعر المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، وإعادة الهيكلة المعرفية للأفكار اللاعقلانية التي تعزز الحفاظ على أعراض ما بعد الصدمة، والتدريب على إدارة القلق، واستراتيجيات التعرض والوقاية من الانتكاس، يبدأ العلاج بإعداد الإطار العلاجي والتثقيف النفسي وإنشاء تحالف يمكننا من خلق وعي للعميل بمشاعره السلبية وتأثيرها على حياته.

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على التدريب على الاجهاد، من خلال تمارين الاسترخاء والتعرض التخيلي وإعادة الهيكلة المعرفية. من اجل تعديل المعتقدات الخاطئة مثل: القاء اللوم على أنفسهم في الحدث الصادم وإدراك أنفسهم على انهم ضعفاء.

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي للصدمات النفسية قصير المدى حيث يتكون من 8الى 12 جلسة من 60 الى 90 دقيقة للجلسة.**(Bond et autres, 2019, p. p 112-113)**

4. العلاج النسقي العائلي Thérapie systémiques:

يعتبر العلاج العائلي النسقي أسلوب جديد في علاج الصدمات النفسية حيث يأخذ بعين الاعتبار نظام الاسرة في العلاج ما يجعله علاجًا عائليا منهجيا وقد كان هذا النهج شائعًا للغاية منذ الستينيات مع افتتاح مراكز العلاج الأسري في الولايات المتحدة. وهو يهتم بالمقابلات العائلية من خلال تحليل الأسرة على مدى عدة أجيال واكتشاف اضطرابات التواصل (لفظيًا وغير لفظي): الأسرار، والجهل بالمعاناة، والغيرة، والتحالفات، والصراعات، ومحاولة التحسين من خلال التفاعلات بين أفراد الأسرة.**(Azouvi et autres, 2015, p 201)** .

فاستعمال العلاج العائلي يقلل من تفاقم اعراض الصدمة ولن تصبح الصدمة التي يعاني منها الشخص منظما للحياة الاسرية وتجعل الاسرة قادرة على قبول خطاب أحد افرادها المصاب بصدمة نفسية ما يجعله يشعر بالتعاطف من خلال الراحة الإضافية التي توفرها إنسانية العائلة.**(Delage, Curlynik, 2010, p 98)**

فالطابع العائلي للعلاج يسمح للمعالج بان يستمع للأسرة كمجموعة باعتبار ان مشكلة المصدوم لم تعد خاصة وفردية بل أصبحت تخص النسق العائلي ككل من خلال التعرف على الدفاعات التي قامت بها العائلة والتي تختلف عن دفاعات الفرد ودفاعات العائلات الأخرى بطبيعة الحال ويسمح العلاج العائلي كذلك للأسرة بالاستماع للمعالج أو المعالجين والإطار العلاجي الذي تم وضعه فالعلاج الجماعي يسمح باحتواء معاناة الاسرة كون المجموعة هي المكان المفضل لتطوير الصدمات.

والهدف من العلاج العائلي هو السماح بإعادة تنشيط القدرات على التفكير في الأسرة من أجل تخفيف الأساليب الدفاعية المطلوبة في مواجهة تأثيرات الحدث الصادم. خاصة فيما يتعلق باقتصاد الأداء النفسي للعائلة، التي تستخدم الدفاعات التي تستنزف كميات كبيرة من الطاقة ثم لا تتوفر الطاقة لأي شيء آخر. بينما يمكن استخدام الطاقة المنبعثة من خلال العمل العلاجي عن طريق الاسترخاء ما يمكن العائلة من استخدام الدفاعات لأغراض إبداعية تجعل العائلة قادرة على خلق أساطير جديدة من شأنها أن تشكل نسيج تاريخ العائلة.**(Horassius, Mazet, 2004, p 264)**

5. العلاج باستخدام تقنية إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين EMDR:

تعتبر ال **EMDR** من أحدث التقنيات العلاجية وقد ظهرت على يد **F.SHAPIRO** في نهاية الثمانينات، ووجهت أساسا لعلاج الذكريات الصدمية **واضطراب PTSD.** ومع مرور الوقت أصبحت هذه التقنية تطبق في علاج اضطرابات أخرى. **(عتيق، 2012-2013، ص 51)**

ويتكون البروتوكول العلاجي ل**EMDR** غالبا من 8 مراحلي هي: تاريخ الحالة والتخطيط للعلاج -تحضير المريض- تقييم الصدمة-إزالة التحسس – تثبيت الدراكات الإيجابية-الفحص الجسدي-الختام ومقابلة للمتابعة يتم فيها إعادة التقييم.**(Hofmann, 2005, p 25)**

ويعتبر EMDR العلاج الأكثر فعالية في علاج اجهاد ما بعد الصدمة، ويوصى به في علاج الصدمات من قبل العديد من المنظمات كالجمعية الامريكية للطب النفسي ووزارة الصحة الفرنسية والبريطانية، ويتميز ال **EMDR** بكونه من أكثر العلاجات تكاملا فالتحليل النفسي يراه جزء من التداعي الحر في حين علم النفس السلوكي المعرفي يرى انه يشتمل على التعرض وإعادة الهيكلة المعرفية.**(Coutanceau, Smith, et Lemitre, 2012, p 265)**

حاليًا، يحاول المعالجون والباحثون المهتمون بعلاج الـ**EMDR** استعمال هذه التقنية في علاجات أخرى بما في ذلك الإدمان، والرهاب، واضطرابات الأكل، والألم المزمن، والاضطرابات الانفصالية، واضطرابات الشخصية ومرتكبي العنف فغالبا ما ترتبط جميع الاضطرابات بصدمات صغيرة الحجم، والتي يمكن للمريض الاستفادة منها في علاجهم. فعلاج ال-**EMDR** يفتح آفاقًا مثيرة للاهتمام وواعدة جدًا في علاج الصدمات وما بعدها، لا سيما بسبب فعاليته وسرعة عمله في عدد معين من الحالات.**(Coutanceau, Smith, et Lemitre, 2012, p272)**

خلاصة:

لقد تم التوصل من خلال هذا الفصل إلى أن الصدمة النفسية هي حدث مفاجئ غير عادي يحوي قدر كبير من الاثارة يمزق دفاعات الجهاز النفسي وهذه الحوادث لا يمكن الهروب منها أو عدم المرور بها.

فالصدمة النفسية تعد من اهم الاضطرابات التي مر بها الانسان منذ القدم واختلفت النظريات في تفسيره كل اهتم بها من خلال مجال تخصصه.

يصحب الصدمة النفسية العديد من المتلازمات وينتج عنها العديد من الاضطرابات النفسية من اهما الاكتئاب الذي سنتطرق اليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث: الاكتئاب.

تمهيد.

I. **لمحة تاريخية عن الاكتئاب.**

II. **مفهوم الاكتئاب.**

III. **نسبة انتشار الاكتئاب.**

IV. **أعراض الاكتئاب.**

V. **العوامل المؤدية للإصابة بالاكتئاب.**

VI. **الاكتئاب والأمراض الجسدية.**

VII. **الأشكال التصنيفية للاكتئاب.**

VIII. **النظريات المفسرة للاكتئاب.**

IX. **الاكتئاب والمرأة.**

X. **الاكتئاب: الصدمة، السرطان.**

خلاصة.

تمهيد:

من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في هذا العصر الاكتئاب، وهو من الاضطرابات المزاجية* التي يصاب بها الفرد في فترات معينة في حياته ولأسباب عدة، ولعله أن من الشائع أن المرأة أكثر عرضة للإصابة به مقارنة بالرجل، ويزداد أيضا معدل الاكتئاب عند مرضى السرطان خاصة سرطان الثدي عند المرأة، وفي هذا سنتطرق في هذا الفصل إلى مختلف الجوانب التي تميز أعراض وأسباب الاكتئاب عند مرضى السرطان، وأهم النظريات المفسرة له، وبالخصوص الاكتئاب عند المرأة.

* يعرف **المزاج** على أنه مجموعة من الخصائص الانفعالية لدى الفرد وتكون ذات طبيعة شعورية، وتختلف عند الفرد نفسه في درجة قوتها أو ضعفها، ثباتها أو تقلبها حيث تظهر في سلوكياته وردود أفعاله اتجاه مواقف الحياة المتنوعة، ويعتبر أيضا حالة نفسية يتعرض لها الشخص نتيجة لمؤثر محدد أو حدث معين. **(رفعت محرم، 2021، ص 1235)**

واقترح جان ديلاي في عمله الكلاسيكي المكرس لاضطرابات المزاج (1946) تعريف للمزاج حيث عرفه كما يلي" :هذا السلوك العاطفي الأساسي الغني بجميع الحالات العاطفية والغريزية، والتي تمنح كل حالة من حالاتنا الذهنية نغمة ممتعة أو غير سارة تتأرجح بين قطبي المتعة والألم .

والأنواع المختلفة للحالة المزاجية هي: l'euthymie المزاجية "العادية" «l'humeur «normale، والتي تعني عدم وجود النشوة أو الاكتئاب .

مزاج سيئ l'humeur dysphorique: حالة مزاجية غير سارة تمامًا مثل الحزن أو القلق أو الانفعال.

مزاج مرتفع «l'humeur élevée «euphorique: هو شهور مبالغ في بالرفاهية والنشوة والابتهاج.**(Bourgeois, 2006, p 9-11)**

I. لمحة تاريخية عن للاكتئاب:

لعل من أول ما سجله التاريخ المكتوب أن "**امحتب**" الذي لقب فيما بعد أبو الطب قد أسس في مدينة "منف" القديمة في مصر معبداً تحول إلى مدرسة الطب، ومصحة لعلاج الأمراض الجسمية والنفسية، كما احتوت المراجع القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب، السرطان، وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس، وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية. **(الشربيني، 2001، ص 23)**

تعود أولى الأوصاف المنطقية للاكتئاب إلى العصور القديمة اليونانية الرومانية حيث كان "**أبقراط Hippocrate**" (377-460 قبل الميلاد) هو أول من أثار النظرية الخلطية لفهم أصل الحالات الكئيبة، التي تميزت وفقًا له بوجود مشاعر مثل الحزن والخوف، والتي تدوم طويلا حسب ذلك الوقت.**(Mendelwicz, 2007 p 31)**

ويدور تاريخ الاكتئاب بشكل أساسي حول ثلاثة مصطلحات: "**كآبة mélancolic**"، "**اكتئاب dépression**"، "**هوس manie**"، وهو مصطلح عرف تذبذب في مفهومه لأسباب تربوية Pédagogique، والهوس لا علاقة له بالاكتئاب لأنه عكس ذلك، ولكن بما أنه يمكن أن يكون هناك تناوب بين الحالتين في بعض اضطرابات المزاج فهو مناسب للمفهوم. إذا كان لكلمة "**mélancolie**" في اللغة اليومية معنى الحزن، والتخيل الكئيب، والغموض في الروح ...، فإن معناها الطبي قد تغير قليلاً على الرغم من عمر المصطلح. **(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p 10)**

وفي هذا الصدد، يمكن أن يشكل تاريخ الميلانكوليا الذي اقترحه "**دانيال ويدلو Daniel Widlö**"**(1983)** في منطق الاكتئاب مثالًا نموذجيًا لأمراض الاكتئاب، كما حدد "**أبقراط Hippocrate**" مفهوم "**الميلانكوليا mélancolie**" على أنه سيطرة "**الوحش الأسود bête noire**"، وجهة نظر تضع الجسد والروح في حلقة مُفرغة تؤكد ذلك على الترابط بين الاثنين، وكذلك التعارض المحتمل بين الكآبة والهوس. وهكذا تبنى "**D.Widlöcher**" تطور الفكرة حتى نهاية القرن السابع عشر عندما ظهرت العيادة الحديثة مخالفة بذلك تقليد "**أبقراط Hippocrate**" ومنذ أن أسست الطابع الفردي على علم الأمراض العقلية، فالهدف هو إنشاء تصنيف منطقي لمختلف أشكال الجنون والتمييز بين الهوس والميلانكوليا. **(Chabert, 2013, p 189)**

كما بين "**أريتوس ARITTOS**" في عام ثمانون (80) بعد الميلاد، إلى وجود جملة من المعاناة النفسية عند الإنسان منها القلق، والحزن والأرق والشعور بالذنب والفزع، والرغبة في الموت، فجاء بعد ذلك "**جالينوس Jalinous**" من **(130 إلى 200)** بعد الميلاد فوضع نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سوداويا أي مكتئبتا، وأوضح "**فليكس بالتر F.Platter**" في أواخر سنة 1500م إلى أن الميالنكوليا نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف . **(زعقار، 2013، ص 8)**

وفي التاريخ العربي الإسلامي عرف **"ابن سينا Avicenna" (370هـ/ 980م)** الميلانكوليا بأنها انحراف عن المسار الطبيعي نحو الفساد والخوف والمزاج السوداوي الكئيب، وإذا كانت على شكل ضجر، وقفز، وشرارة سميت هوسا **Mania**، ويرجع **"ابن سينا"** حسب قول **"عبد الرحمن العيسوي"** سبب الميلانكوليا إلى المخ نفسه أو سبب خارج المخ، حيث تتصاعد الأبخرة من الجسم إلى المخ، على سبيل المثال: حرارة الكبد، أو بخار الأمعاء، أو بطن المرأة. هذا ويربط **"ابن سينا"** بين القوى الجسدية والنفسية، لأن العقل النفسي مرتبط بالروح الحيواني ومن جوهرها ينشأ مزاجها الفاسد والكئيب من مزاج المخ ويتحول إلى حزن .ومن أهم أسباب توليد الكآبة الحزن أو الخوف المفرط، وهذا حسب **"ابن سينا"** ما يتعرض له كل من الرجل والمرأة، ويزداد مع تقدم العمر، وينخفض في الشتاء ويزداد في الصيف والخريف. **(أبو زيد، 2008، ص. ص 26-27)**

في عام (1621)، نشر الطبيب **"روبرت بيرتونRobert Berton "** كتابه **The Disease of a World Disease**الذي قرر فيه أن الاكتئاب مرضاً عالمياً .في القرن التاسع عشر، ظهر الاكتئاب في أعمال بعض الأطباء النفسيين، مثل **"كريبلين Kraepelin "**، و**"يسبر Jaspers "**، **"فرويدFreud "**، و**"شنايدر Shneider"** حيث ساهمت كتاباتهم والتي انتشر بعضها إلى منتصف القرن العشرين لوضع الحجر الأساسي لفهم ظاهرة الاكتئاب. وفي النصف الثاني من القرن العشرين من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة هذا المرض للدرجة التي جعلت كاتبا مثل**" كليرمان Klerman 1979"** يقول إن هذه الفترة يمكن أن تسمى **عصر المالينكوليا**[†] **Age of melancholic** واليوم يعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسة، وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءا مهما من برامجها لمواجهته، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية أنه في العام 2020 سيكون الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة في العالم بعد أمراض القلب. **(سرحان وآخرون، 2008، ص 13)**

[†]خلال الفترة من العصور القديمة إلى القرن الثامن عشر، كان مصطلح **Mélancolie** يشمل جميع الحالات النفسية المزمنة التي لا تعاني من القصور والخالية من الإثارة. هذا هو **"جنون الهدوء folie calme"**. وفي بداية القرن التاسع عشر، لم تعد **La mélancolie** تتمتع بمثل هذه المكانة المهمة وانخفض مجال تطبيقها، وعرفها **Pinel (1745-1826)** على أنها جنون جزئي وهذيان موجه إلى شيء أو سلسلة من الأشياء. يصف العزلة في صمت والتطور نحو الهوس وخطر الانتحار. وفي بدايات القرن العشرين حدد خلفاء **Kraepelin** ظهور أشكال اكتئاب مختلفة عن **"الميلانكوليا"** (موريس **دي فلوري (1924)** "حالات الاكتئاب والوهن العصبي".**(1929) Gillespie** اكتئاب مستقل (داخلي)، اكتئاب تفاعلي (نفسي المنشأ) .في عام **1928** فصل **J. Lange** مجال الاكتئاب إلى "اكتئاب داخلي" و "الاكتئاب خارجي". الأول (داخلي المنشأ) ليس له عوامل محفزة، ويرتبط بتاريخ شخصي و/أو عائلي من الاكتئاب الهوسي، ويتميز بمشاعر اللوم الذاتي، والتثبيط الكبير (تباطؤ حركي نفسي، وفقدان الوزن، ويبدو أن مظاهره غير مرتبطة لموقف من حولهم. الشكل الثاني (الاكتئاب الخارجي) لا يتسم بتاريخ شخصي و/أو عائلي من اكتئاب الهوس، بل هو رد فعل بدون تداعيات نفسية حركية ويظهر المريض مشاعره بالذنب على الآخرين؛ يختلف حسب موقف من حولك. **(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p11)**

II. مفهوم الاكتئاب:

الاكتئاب هو حالة نفسية تتميز باضطراب المزاج، بمعنى الشعور باليأس والضيق، وانخفاض الرغبة في الحياة الحزن، والتباطؤ النفس-حركي، الألم النفسي والجسدي، اضطرابات في الشهية والنوم.

(Cabrol, Durieux, et Parat, 2012, p 8)

ويعرف **"دريفر (1982) Drever"** الاكتئاب بأنه حالة انفعالية يصاحبها هبوط في النشاط النفسي الجسمي السيكوفيزيقي، ويتمظهر في الشعور بالنقص، اليأس. **(سليمان عبد الواحد، 2014، ص 119)**

وحسب "**كاثرين شابرت Chabert Catherine وإستل لوت Estelle Louët وفرونسوا دافيد كامبس François-David Camps**" يتجلى الاكتئاب في صفتين أساسيتين هما الحزن والتباطؤ النفس-حركي. حيث يسيطر الحزن تمامًا ويكمن في عالم المريض، ويظهر من خلال الندم والحنين إلى الماضي، وفقدان الاهتمام بالحاضر، والخوف من المستقبل. كما يفقد المريض تقديره لذاته بشكل كبير من خلال التعبير عن الشعور بالعجز أو حتى لوم الذات والشعور بالانحطاط. كما يعبر عن مظاهر أخرى تتمثل في اضطرابات في النوم والأكل، اضطرابات جسدية منها اضطرابات دقات القلب، انخفاض ضغط الدم اضطرابات الجهاز الهضمي، وهاته المظاهر الأخيرة لا تثبت وجود الاكتئاب من دون الصفتين الأساسيتين "الحزن، التباطؤ النفس-حركي. **(Chabert et al, 2017, p 14)**

ويرى **عبد الستار إبراهيم (2008)** أن الاكتئاب يأخذ عدة خصائص من الاضطرابات النفسية حيث يعرف على أنه هبوط في المزاج والتشاؤم، الشعور بالانحطاط والعجز، وبطء في عمليات التفكير والتذكر، وسيطرة الذكريات الحزينة، بعبارة أخرى يعبر الاكتئاب عن كل تلك الآلام النفسية السابقة الذكر، والجسمية كالصداع، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، اضطرابات المعدة وآلام العضلات، وهذه الأخيرة تجعل من الصعب تحديده عندما يكون الاكتئاب مصحوبا بأعراض نفسية وجسمية. **(عبد الستار، 2008، ص. ص 61-62)**

الاكتئاب هو اضطراب نفسي يتسم بتغير الحالة المزاجية من الحزن إلى الكآبة "الميلانكوليا **(Mirabel-Sarron, 2021, p 6)**، وهو عدم القدرة على ممارسة الحياة اليومية، والتفكير، والعمل، والقلق بشأن الذات والآخرين، وفقدان الرغبة في الأكل وصعوبات في النوم. **(goudemand, 2010, p 21)**

ويشير مصطلح الاكتئاب على المستوى الفينومينولوجي إلى المزاج الحزين، وعدم الاهتمام بالأنشطة اليومية المعتادة، والتباطؤ النفسي القابل للقياس. علاوة على ذلك، من وجهة نظر ديناميكية نفسية، يشير مصطلح الاكتئاب إلى فقدان جسم خارجي أو داخلي ويثير الشعور بالحزن. **(Braconnier, Golse, 2010, p 84)**

ومن وجهة نظر **شيرلي تريكيت Shirley Trickett** الاكتئاب هو اضطراب في الانفعالات والمشاعر والتي تختلف درجتها اختلافًا كبيرًا من شخص لآخر. ويمكن أن تتراوح من الحزن غير المعتاد ولكن العرضي إلى اليأس المطلق الذي يتسم بالعجز واليأس الشديد. **(Trickett, 2013, p 19)**

ووفق **معجم علم النفس والتحليل النفسي** فإن الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي تكون أكثر وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة وتأنيب الضمير المبالغ فيه على أشياء قد تكون حقيقية أو متوهمة، حيث قد يصاحب حالات الاكتئاب هذاءات وهلاوس، التي قد تؤدي إلى الانتحار للتخلص من المعاناة والحزن والقلق واليأس والمخاوف التي تؤثر على النوم والطعام وتبطئ الحركة، ولكن تعتبر نسبة الشفاء من الاكتئاب كبيرة مقارنة بالأمراض النفسية الأخرى وهذا لأنه لا يصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير ولا يُنتج تخلف عقلي. **(فرج طه وآخرون، 1989، ص 62)**

من التعاريف السابقة يتبين لنا أن الاكتئاب يتجسد في المعاناة النفسية التي يعاني منها المريض، إضافة إلى معاناة جسدية، وظيفية، وعضوية. وباعتبار النفس والجسد حلقة مفرغة كل يؤثر على الآخر، فقد يصاب الفرد باكتئاب نتيجة إصابته بمرض عضوي أو مرض مزمن ويتمظهر في أعراض الحزن، اليأس، التفكير في الموت، فقدان الاهتمام بالعادات اليومية، الشعور بالحزن والعجز، فقدان الشهية واضطرابات في النوم...

III. نسبة انتشار الاكتئاب:

من واقع أرقام انتشار الاكتئاب النفسي في العالم في الوقت الحاضر، هناك زيادة ملحوظة في حالات الاكتئاب، كما يتضح من الإحصائيات المقدمة مؤخرًا في المراجع النفسية وتقارير منظمة الصحة العالمية. وعلى الرغم من أن هذه الأرقام تؤكد زيادة انتشار حالات الاكتئاب، إلا أن الأغلبية الساحقة من مرضى الاكتئاب لا يعرفون شيئًا عنها، لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا تظهر عليهم بوضوح مظاهر الاكتئاب النفسي. **(الشربيني، 2001، ص 31)**

وهذا ما يطلق عليه ظاهرة **"الجبل الجليدي boule de neige"** الظاهرة التي يختفي فيها الجزء الأكبر منها، بينما يظهر الجزء الأصغر على السطح وهذا مرتبط بالاكتئاب، ومشكلة الاكتئاب النفسي بحجمها الضخم، لا يمكن حصرها من خلال الأرقام والإحصائيات وأن كل ما نراه من حالات الاكتئاب النفسي ما هي إلا حالات خطيرة وواضحة. في حين أن هناك حالات كثيرة لمرضى يعانون في صمت، ولا يعلم أحد بحالتهم لأنهم لا يذهبون إلى الطبيب ولا يتلقون العلاج، والدليل على ذلك هو الدراسة الميدانية المكثفة التي أجريت في خريف **(1974)**، والتي شارك فيها ما يقرب من **(15000)** طبيب من عدة دول، بما في ذلك ألمانيا وفرنسا وأستراليا وسويسرا... أظهرت نتائج هذه الدراسة الموسعة أن ما يقرب من **(80%)** من المرضى لا يفعلون ذلك "الذهاب إلى المستشفى". أما بالنسبة لبقية حالات الاكتئاب، فإن حوالي **(13%-15%)** منهم يستشيرون الأطباء الممارسين، الذين يعملون في تخصصات مختلفة غير الطب النفسي، و**(2%)** فقط من مرضى الاكتئاب يستشيرون الأطباء النفسيين، وهناك نسبة من المرضى ينتحرون. مباشرة دون تشخيص. **(الطراونة، 2010، ص 16)**

ويختلف معدل انتشار الاكتئاب من مجتمع لآخر حسب العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية السائدة فيه، حيث قرر مدير الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية أن حوالي أكثر من **مليون نسمة** في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية، كما دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية **(1978)** أن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي **(5%)** وأنه

يوجد حوالي **(مائتي مليون)** مكتئب في عالمنا. ويرجح أن هذا التزايد يرجع إلى عدة أسباب من أهمها ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة والتي تعتبر من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي. **(عسكر، 2001، ص 19)**

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشارا بين البالغين وتصاب به النساء أكثر من الرجال وذلك بنسبة **(20%)** لدى الإناث و**(10%)** لدى الذكور، كما تصل نسبة الإصابة به في وقت ما إلى **2,9%-4,5%)**من الإناث و**-3,2%) (2,3%** لدى الذكور، وقدر معدل الانتشار الكلي ب **(3%-5%)**، وتفسر إصابة النساء به أكثر من الرجال كون المرأة أكثر تعبيراً عن انفعالاتهن من الرجال. **(حامد عثمان، 2010، ص 23)**

الاكتئاب هو السبب الرئيسي لاعتلال الصحة والعجز في جميع أنحاء العالم وحسب تقديرات صادرة عن **منظمة الصحة العالمية (2017)** فإن هناك أكثر من **(300 مليون)** شخص يعيشون الآن حالة اكتئاب، أي بزيادة تجاوزت نسبتها **(18%)** في الفترة الواقعة بين عامي **(2005 و2015)**. ويحول انعدام الدعم المقدّم إلى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية جنباً إلى جنب مع خوفهم من الوصم دون حصول الكثيرين منهم على ما يلزمهم من علاج لكي يحيوا حياة صحية ومنتجة. **(منظمة الصحة العالمية، 2017)**

ومنذ **(1960)** بدأ الاهتمام بالاكتئاب عند المصابين بالسرطان حيث بلغت نسبة النوبة الاكتئابية الحادة **(0% - 38%)**، وبلغت نسبة الأعراض الاكتئابية **(0%-50%)** أما نسب انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان فيوضحها الجدول التالي: **(عبوين، 2021، ص 159)**

الجدول (01): يوضح انتشار الاكتئاب حسب نوع السرطان.

نوع السرطان	نسبة الاكتئاب (من-إلى)	المرتبة*
سرطان البلعوم	57% - 22%	الثانية
سرطان البنكرياس	50% - 33%	الأولى
سرطان الثدي	46% -1,5%	الثالثة
سرطان الرئتان	44% - 11%	الرابعة
سرطان القولون	25% - 13%	الخامسة
سرطان الجهاز التناسلي	23% - 12%	السادسة
السرطان اللمفاوي	19% - 8%	السابعة

المصدر: **(Massie, 2004, p 64) بتصرف**

* تم حساب المرتبة بطريقة المتوسط الحسابي لكل مجال من النسب: مجموع القيم لكل نسبة مئوية على عدد القيم $M = \Sigma X/N$ مثلا نسبة الاكتئاب لسرطان الثدي $M = 67 + 74/2$ ومنه $M = 70,5$

ويشير "N. Pelicier " (2010) أن الدراسات حول انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان أفادت أن انتشاره يتراوح بين 23% إلى 56% ووفقًا للمؤلفين [5، 6]* "كاميس V. Camus وكاتري C. Catry ومارسلي D. Marcelli" هذه الاختلافات التي تم تحليلها في دراسات حديثة، ارتبطت بالنسبة للمعدلات المرتفعة، بالخلط بين المتلازمات الاكتئابية والمعاناة النفسية لدى هؤلاء المرضى، والمعدلات الأقل تم حصرها في الاكتئاب الشديد. **(goudemand, 2010, p 310)**

IV. أعراض الاكتئاب:

تتنوع أعراض الاكتئاب وتختلف من شخص إلى آخر وحسب شدة الاكتئاب ونوعه، ومن بين الأعراض الأكثر شيوعا عند المصابين نجد ما يلي:

1. الأعراض المزاجية Les symptômes de l'humeurs:

من بين الأعراض المزاجية التي يعاني منها الشخص المكتئب نحدد ما يلي:

- ✓ الشعور بالحزن والمزاج المكتئب والقلق.
- ✓ مشاعر الفراغ واليأس، والتشاؤم والعجز.
- ✓ الشعور بانعدام القيمة والتقليل من احترام الذات.
- ✓ تأنيب الضمير المبالغ فيه.
- ✓ الإهمال واللامبالاة وفقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية.
- ✓ انخفاض في الرغبة الجنسية. **(Ainsworth, 2000, p 7)**

2. التباطؤ والتثبيط Le ralentissement et l'inhibition*:

1.2. التباطؤ النفس-حركي Le ralentissement psychomoteur:

ويشمل السلوكيات الظاهرة والمتمثلة فيما يلي:

- ○ تباطؤ المشي والحركات من خلال خطوات بطيئة وصعوبة المشي بدون سبب عضوي أو مظهر من مظاهر التحول (الهستيريا) أو الجمود (الفصام). وكذلك الإيماءات البطيئة واستحالة الحركة أو النهوض من السرير (شيلوفيليا).
- ○ تباطؤ في التقليد وحركات الرقبة والرأس من خلال النظرة الثابتة وغياب الاستكشاف البصري للخارج ومع غياب الابتسامة.

---

* كتاب Les états dépressifs تحت إشراف Michel Goudemand كتب فيه العديد من المؤلفين لكل فصل مؤلف، وحسب ترتيب الفصول بمؤلفها فإن المؤلفين V. Camus. C. Catry et D. Marcelli هم من كتبوا الفصل الخامس والسادس.

*يفضل استخدام مصطلح **"تباطؤ ralentissement"** على مصطلح **"فقدان قوة الحياة perte de l'élan vital"** للتمييز مهما كان المستوى (نفسي، حركي...)، الضعف، ويمثل انخفاض سرعة السلوك أو التفكير أو التواصل، فهو نسبي بشكل واضح لأنه يحدد الاختلاف عند نفس الشخص بين الصحة والمرض أو حتى في تحويله فيما يتعلق بالخارج. **(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p 25)**

- تباطؤ وتيرة الكلام والصوت وذلك بقلة المحادثة مع انخفاض وتيرة الصوت.
- تباطؤ الاستجابات أو تأخرها أو تكون موجزة ومختصرة. **(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p 26)**

2.2. التباطؤ النفسي والمعرفي Le ralentissement psychique et cognitifs: وشمل ما يلي:

- تباطؤ التفكير والتردد والتشتت وانخفاض القدرة على التركيز.
- صعوبة اتخاذ القرارات وتذكر الأشياء.
- كثرة التفكير في الموت أو الانتحار.
- تباطؤ الكلام والقدرات المعرفية "الانتباه، الإدراك، الذاكرة، التركيز". **(Bhowmik & al, 2012, p 42)**

3. الأعراض الفيسيولوجية Les symptômes physiologiques: وتمس ثلاثة جوانب تتمثل في:

1.3. الأعراض الجسدية Les symptômes somatiques: أهمها:

- ضعف وإرهاق عام يشمل الإحساس بالدوار والغثيان والقيء.
- اضطرابات الحيض .
- تذبذب معدل الضغط الدم بين الارتفاع والانخفاض.
- التنمل على مستوى الأطراف وجفاف الفم.
- الصداع وآلام في الرقبة والأطراف والمفاصل.
- ضيق في التنفس قد يصل إلى الإصابة بأزمة تنفسية. **(عامر، جلول، 2020، ص 68)**

2.3. اضطرابات النوم Les troubles de sommeil: وتشمل ثلاثة أشكال وتتمثل في:

- أرق أول الليل.
- أرق منتصف الليل.
- أرق في أواخر الليل، حيث يظهر هذا العرض لدى 70 % من حالات الاكتئاب. **(زقعار، 2013، ص 11)**

3.3. اضطرابات في الشهية Les troubles de l'appétit: وقسمت حسب اختلاف العلماء إلى:

- فقدان في الشهية يصحبه نقص في الوزن.
- عملية التعويض اللاشعورية التي تؤدي إلى زيادة في الأكل يصحبها زيادة في الوزن. **(سوسن شاكر، 2015، ص 193)**

4. الأعراض السلوكية Les symptômes comportementales: يمكن تحديدها فيما يلي:

- تجنب الناس والابتعاد عنهم، عدم الخروج من المنزل.
- عدم الاهتمام بالأعمال المنزلية وعدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- الغضب والصراخ لأتفه الأسباب، وكثرة النزاعات.
- فقدان القدرة على التحكم في النفس والسيطرة على التصرفات.

ونشير أن أعراض الاكتئاب الإكلينيكية تتسم بظاهرة مهمة هي التغير النهاري، فهي تنقسم على ساعات اليوم، حيث أن شدة الأعراض تكون في ذروتها صباحا حيث يصحو المريض لتتحسن بحالة شديدة من الضيق والانقباض والاكتئاب، ثم تتحسن تدريجيا في أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساء وتقل شدة المعاناة والحزن. **(بلحسيني، 2019، ص 150)**

أما فيما يخص دراسة حول **أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى** داخل المستشفى بلغ قوامها (150) مريضاً، أجراها كل من **"موفيك Moffic. H. S"** و"**بايكل Paykel. E. S**" في مستشفى **"بيل"** بالميناء الجديد **"كونكيكوت" بالو. م. أ** سنة (1970) وأسفرت نتائجها عن أن الاكتئاب عامة بين المرضى كان في حدود المتوسط سواء قيس بواسطة قائمة بيك للاكتئاب أو بمقاييس التقدير الأخرى، حيث أظهر المرضى الطبيين والذين يعانون من الاكتئاب مستوى منخفض من الميول والأفكار الانتحارية، ومستوى مرتفع من التشاؤم، العجز، القلق، الحسرة الذاتية، والتباطؤ النفس حركي والتهيج. **(أبو زيد، 2008، ص 48)**

من خلال ما تم التطرق إليه من أعراض الاكتئاب والتي تبين أنها تختلف من شخص إلى آخر حسب الشدة والنوع إضافة إلى أنها تختلف حتى عند الشخص نفسه وذلك حسب أوقات اليوم وحسب حالته الصحية والمرضية أيضا. فأعراض الاكتئاب تمس جميع الجوانب المعرفية منها والسلوكية والفيسيولوجية بما فيها (الجسم، النوم، الشهية)، دون أن ننسى أهم خاصيتين ألا وهي الأعراض المزاجية والتباطؤ النفس-حركي واللتان تشكلان الأعراض الأساسية والبارزة في الاكتئاب، وتبين أيضا أن أعراض الاكتئاب لدى أصحاب الأمراض الجسدية كثيرة ومتنوعة والفرق الوحيد بينها عند الأشخاص الأصحاء والأشخاص المرضى بمرض جسدي يكمن في الميول الانتحارية، حيث أن أصحاب الأمراض الجسدية متمسكون أكثر بالحياة ولا يريدون الموت كونهم عايشوه بالآلام الجسدية التي يعانون منها.

V. العوامل المؤدية للإصابة بالاكتئاب:

تختلف العوامل المؤدية للاكتئاب باختلاف المصدر ولهذا سنوضح فيما يلي أهم أسباب الإصابة بالاكتئاب:

1. العوامل البيولوجية Les facteurs biologiques:

من الناحية الوراثية فإنه على مدار الستين عامًا الماضية، أثبتت العديد من الدراسات وجود استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب، ووفقًا لأطروحة "**Hankin and Abramson (1999)** " توصلت دراسات حول التوائم المتجانسة وغير المتجانسة التي تم تبنيها من قبل عائلات مختلفة والأطفال الذين تم تبنيهم من الآباء البيولوجيين والذين يعانون من الاكتئاب، وتدعم أطروحة الهشاشة البيولوجية هذه النظرية البيولوجية-النفسية-الاجتماعية أين يتم تشخيص الاكتئاب بشكل متزايد عند هذه العائلات .تحذير: الاكتئاب ليس مرضا وراثيا ولكن وفقا لهذه النظرية فإن الضعف موروث. **(Palazzolo, 2007, p 24)**

أما من الناحية الكيميائية فإن الخلل يكون في توازن **النواقل العصبية Neurotransmetteurs** المسؤولة عن تنظيم السيرورة العصبية في خلايا الدماغ، ومن أهم هذه النواقل العصبية مادة **السيروتونين sérotonine** والتي إن قلت نسبتها فستؤدي إلى ظهور أعراض اكتئابية، حيث تم التركيز عليها مؤخرا وتعتبر من أكثر الأدوية التي تساهم في رفع نسبة مادة السيروتونين ومن بين أكثر الأدوية التي يتم وصفها في العالم حاليا لعلاج الاكتئاب. **(النوبي محمد علي، 2012، ص 106)**

وحول فرضية **نقص أحادي الأمين déficience en monoamine**، ففي الدماغ تدور المعلومات العصبية في شكل رسائل كهربائية داخل دائرة من الخلايا العصبية، بين **الخلايا العصبية قبل المشبكية neurone pré-synaptique** و**الخلايا العصبية بعد المشبكية neurone poste-synaptique**، تشكل المشابك مناطق تبادل المعلومات في شكل **ناقل كيميائي messagers chimique**، **النواقل العصبية neurotransmetteurs**، **أحادي أمين monoamines**، على وجه الخصوص هي عبارة عن نواقل عصبية مشتقة من **الأحماض الأمينية acides aminés** التي تتكون من مجموعة **إيثيل أمين éthylamine** مرتبطة **بنواة عطرية noyaux aromatique** يتم التمييز بشكل أساسي بين **السيروتونين*** **sérotonine** أو **5-هيدروكسي تريبتامين 5-hydroxytryptamine (5-HT)** المشتق من **التريتوفان tryptophane**، و**الكاتيكولامينات catécholamine**، **النورادرينالين noradrénaline** و**الدوبامين dopamine**، المشتق من **التيروزين tyrosine**.**(perquier, 2014, p 31)**

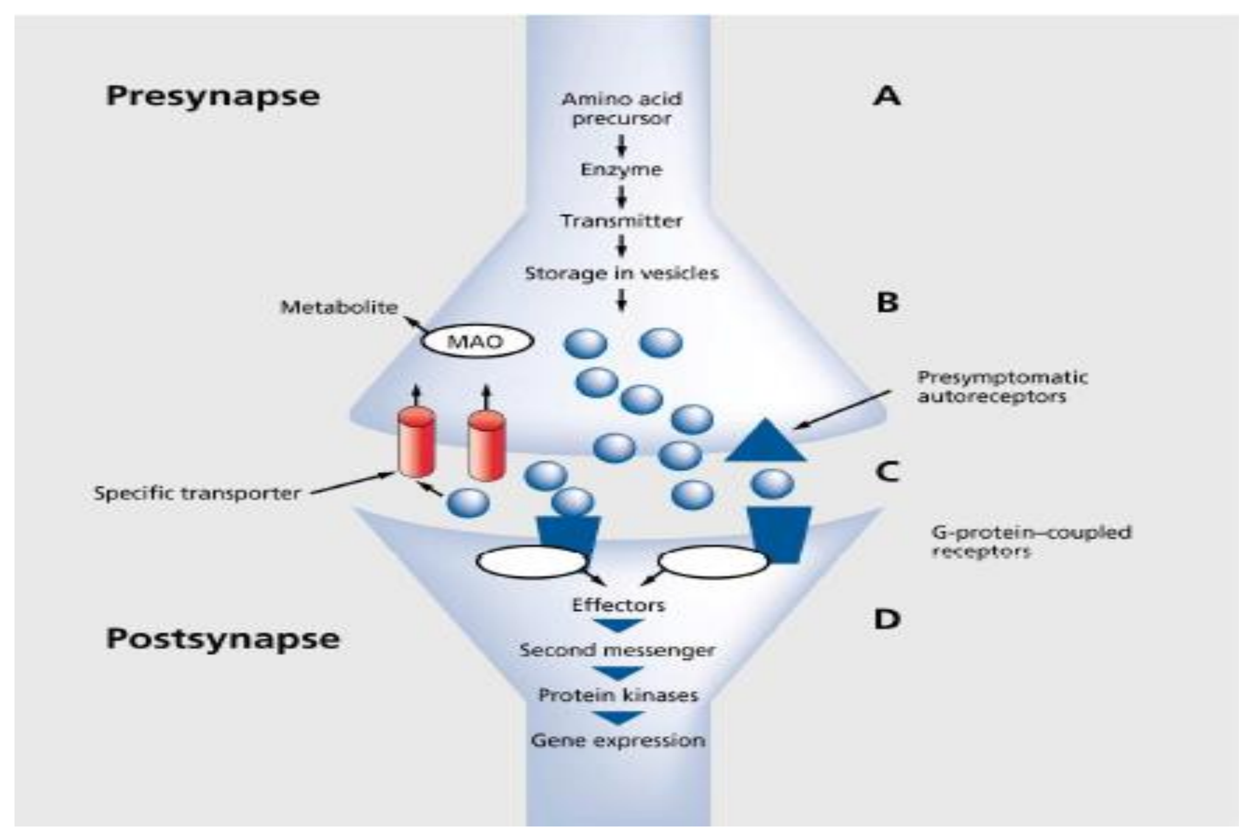
وتشير هذه الفرضية إلى أنه بعد حدوث خلل في **أنظمة النقل أحادي الأمين système de transmission monoaminergique**، فإن الانخفاض في مستويات هذه الناقلات العصبية (على وجه الخصوص **السيروتونين sérotonine** و**النورادرينالين*** **noradrénaline** وبدرجة أقل **الدوبامين*** **dopamine**) هو عامل مسبب للاكتئاب. وتتضمن أنظمة نقل أحادي الأمين العديد من الآليات التي يمكن أن تؤدي إلى اختلال وظيفي عام وهذا ما يوضحه الشكل التالي **(perquier, 2014, p 31)**

---

* **Sérotonine** أو ما يطلق عليه **"هرمون السعادة"**: يوضح الدكتور « Yves Fouré طبيب عام فيLa Rochelle " أن السيروتونين sérotonine ناقل عصبي يعمل في الدماغ ويتم إنتاجه بواسطة الخلايا العصبية من حمض أميني، التريتوفان le tryptophane، كما يستخدم في نقل الرسائل بين اثنين من الخلايا العصبية والسيروتونين له دور مشابه للهرمونات، فهو يعمل على الجهاز العصبي المركزي ويحث على اتخاذ القرارات المختلفة، ولا سيما في تنظيم بعض السلوكيات مثل الحالة المزاجية أو العاطفية، "ويتدخل في المعاناة النفسية وبالتالي في الاكتئاب". (**https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2517763-serotonine-hormone-bonheur-role-taux)**

* **Noradrénaline** المعروف أيضا باسم النوربيرفرين **norépinephrine** وغالبًا ما يطلق عليه اسم "هرمون التوتر": هو مادة تستخدم أساسًا عن طريق الجهاز العصبي الودي أو السمبثاوي، وهو جزء من النواقل العصبية، يتمثل دوره في نقل الرسائل عبر الأعصاب إلى مختلف مكونات الجسم خلال العديد من العمليات الفسيولوجية، ويضيف دكتور **Jean-Michel Constantin** طبيب التخدير ، " أنه أيضًا جزء من الهرمونات لذلك له تأثير من خلال الدم.

* **Dopamine** يندفع الدوبامين من خلايا عصبية معينة في نقاط الاشتباك العصبي، وهي فراغات تقع بين الخلايا العصبية. ويرتبط بالمستقبلات الموجودة على الخلايا العصبية الأخرى مما يسمح بنقل المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى[...]، ويلعب الدوبامين دورا في الانتباه، عمل الكلى والقلب، في تثبيط إنتاج البرولاكتين (وبالتالي عدم إنتاج حليب الثدي)، وكذلك في الإدمان والحب والمتعة الجنسية. **https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2517763-serotonine-hormone-bonheur-role-taux)**)



الشكل (12): يبين نظام نقل أحادي الأمين على مستوى متشابك. المصدر: **(perquier, 2014, p 31)**

إضافة إلى أن اضطراب الإفرازات الهرمونية لدى المرأة أثناء فترة الحيض والنفاس، تناول حبوب منع الحمل، واقتراب سن اليأس، أي بعد توقف إفراز الهرمونات الجنسية، كل هذه التغيرات من شأنها أن تحدث تقلبا في مزاج المرأة لتظهر عليها أعراض الاكتئاب. **(حامد عثمان، 2010، ص 40)**

2. العوامل النفسية والشخصية Les facteurs psychique et de la personnalité:

من العوامل الممهدة والتي من شأنها أن تؤدي لحدوث اضطرابات وجدانية نقص النضج الانفعالي وانخفاض الذكاء الوجداني* والشعور بالعجز المكتسب، والإدراك الخاطئ لخبرات الحياة والخبرات الصادمة، وسوء تقدير الذات، والتشاؤم واليأس. ومن أهم التغيرات الدينامية التي تحدث نوبات اكتئابية، التثبيتات في مرحلة الطفولة المبكرة بفقدان موضوع الحب الذي يحفز نكوص الأنا إلى المرحلة الفمية السادية، كما أن الحاجات النرجسية إلى الحب والاهتمام تولد

---

* وضع "داروين **Darwin**" نظرية لأول مرة حول **العواطف** بعد النصف الثاني من القرن التاسع عشر، ووجد أنهم توصلوا إلى وجود علاقة بين أنواع الحيوانات والبشر. حدد العواطف كسلسلة من عمليات التكيف الأساسية في الحياة: إدراك الخطر، والحاجة إلى إقامة روابط غير محددة، والحاجة إلى التواصل. هذه بعض الخصائص المشتركة بين الإنسان والأنواع الحيوانية التي درسها. منذ قرنين من الزمان، كانت العواطف تُعتبر ضرورية لبقاء الفرد على قيد الحياة والنمو الصحيح والصحي للجماعات. بناءً على هذه الملاحظات، افترض أن "التعبيرات العاطفية" كانت في الواقع عالمية ولها أساس بيولوجي. ويعد هذا اكتشافًا استثنائيًا للغاية بالنسبة لوقته، والذي أحدث ثورة في إدراك المشاعر البشرية وفهمها، والتي أصبحت منذ تلك اللحظة موضوعًا للدراسة باعتبارها واحدة من أعظم مجالات الدراسة في علم النفس.**(Andrews, 2021, p 10)**

وعرف "**ماير Mayer** وسالوفي **Salovey** " **الذكاء العاطفي** بأنه "القدرة على إدراك المشاعر والتعبير عنها، وكذلك تنظيم وفهم المشاعر الفرد نفسه ومشاعر الآخرين وهذه المشاعر هي الفرح، الحزن، الغضب، التفاؤل، الخوف، القلق، تأنيب الضمير، الخجل، الرغبة. **(Launet, peres-court, 2018, p 11)**

عدوانية ضد الموضوعات المحيطة والتي ينجر عنها كعملية عكسية عدوان ضد الذات في صورة تأنيب ضمير واحتقار للذات. **(حامد عثمان، 2010، ص 45)**

وكذلك تلعب شخصية الفرد دورا مهما في الإصابة بالاكتئاب، حيث أن شخصية الإنسان العادية تميز بين المشاعر وتدرك شعور السعادة والحزن في مواقفها المناسبة، أما بعض الأشخاص فلديهم تقلب في المزاج بصورة مبالغ فيها، حيث لوحظ أن معظم الأفراد الذين شخصوا بالاكتئاب كانت لديهم شخصيات يغلب عليها تقلب في المزاج من المرح والتفاؤل وحب الحياة، إلى الحزن والتشاؤم واليأس. **(الشربيني، 2001، ص 41)**

ومن أبرز الشخصيات التي تصاب بالاكتئاب التي لديها سمات شخصية منطوية بالخجل، الانسحابية والانعزالية، السلبية والاعتمادية، الشعور بالنقص وعدم الكفاءة. **(حامد عثمان، 2010، ص 40)**

3. العوامل الاجتماعية وأحداث الحياة Les facteurs sociaux et évènement de la vie:

إن إرجاع الشعور بالاكتئاب إلى حدث أو اضطراب خارجي هو موقف شائع إلى حد ما، حيث أنه غالبًا ما يبدأ الشخص المكتئب بالبحث عن سبب الآلام النفسية في مصادر مختلفة من حياته وفي تجاربه. فالأحداث التي نمر بها لها تأثير على الطريقة التي نشعر بها، فمن الطبيعي أن يشعر الفرد بالحزن والاكتئاب بعد فقدان أحد الأحباء. كما أشار فرويد بالفعل في "كتابه (1999) **Deuil et mélancolie***" فإن الأعراض التي يستجيب بها معظم الناس لهذه الظروف مماثلة لأعراض مرضى الاكتئاب. **(Mendelwicz, 2007, p. p 170-171)**

ومن أحداث الحياة التي يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب، وفاة أحد أفراد الأسرة، أو مرض مزمن سواء للفرد نفسه أو لأحد أفراد الأسرة، الطلاق، الاعتداء الجسدي أو الجنسي، والفقر، ويصاب به من جراء هذه الأحداث خاصة الأشخاص الذين لديهم هشاشة واستعداد. وكذلك يمكن أن تسبب هذه المصاعب الاكتئاب لدى الأشخاص الذين ليس لديهم تاريخ عائلي للاكتئاب. **(Morgane, 2011, p 26)**

وسواء كانت أحداث الحياة حقيقية ومتعبة فعلا، أو قد تكون متعبة، أو رمزية بمعنى وقعت في الماضي وساهمت في تكوين هشاشة واستعداد للإصابة بالاكتئاب، حيث تبين خلال دراسات في "السبعينيات" أجريت على أشخاص عايشوا أحداث ضاغطة أشخاص كانوا مجرد شهود على هذه الأحداث، فأظهرت نتائج الدراسات فيما بعد أن الأشخاص المكتئبين يعانون من أحداث حياة ضاغطة أكثر بثلاث مرات من الأشخاص الذين كانوا شاهدين عليها، وتتمثل هذه الأحداث الحياتية في النزاعات العائلية، التوترات المهنية، والأمراض المزمنة، والانفصال. **(Palazzolo, 2007, p. p 26-27)**

---

* كل من **الكآبة والحداد la mélancolie et le deuil** حالتين يظهران بسبب أحداث الحياة والمعاناة النفسية، فالحداد le deuil هو أيضا رد فعل على موت أحد الأحباء وله نفس أعراض الكآبة la mélancolie، من فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، الحزن... إلا أنه في الحداد لا يفقد الشخص تقديره لذاته عكس الكآبة، وإن الحداد le deuil إذا كان منتظم فهو لا يستدعي تدخلا نفسيا لأنه يمر بمراحله الثلاث وينتهي: مرحلة الصدمة وعدم التقبل، المرحلة الاكتئابية، وتظهر في هاتين المرحلتين أعراض نفسية وجسدية وأخيراً مرحلة التعافي. **(Freud, 2004, extrait de métapsychologie, p 7)**

4. العوامل التي تساهم فالإصابة بالاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي:

النوبات الاكتئابية لها علاقة وطيدة بتأثير المرض على جودة حياة المريضات، وبالنسبة للحالة النفسية السيئة التي تواجهها المريضة فهي ناتجة على الأغلب من البروتوكولات العلاجية الثقيلة والمختلفة والتي تجهلها المريضات بحيث لديهن أفكار خاطئة مسبقة عنها ويخافون منها، والوضعية الصحية ودرجة تطور المرض للمريض أيضا تلعب دورا هاما، إضافة إلى العلاقة مع الطاقم الطبي والممرضين التي تساهم بشكل كبير في تحفيز المريضات على متابعة العلاج وتقبله بشكل أفضل. **(عامر، جلول، 2020، ص 70)**

وفيما يلي سنقدم أهم أسباب التي تساهم في الإصابة بالاكتئاب عند مريضات سرطان الثدي:

1.4. العلاج الجراحي Thérapie chirurgicale:

ويعد أول خطوة في السيرورة العلاجية كونه المصدر الذي تُؤَكد به الإصابة بالمرض أو تُنفى، وأيضا الجراحة قد تعني احتمالية استئصال الثدي للمرأة وهذا ما يؤثر سلبا على أنوثتها وصورتها لجسدها*، وفي علاقتها الحميمية مع زوجها والتي بصعب عليها التصريح بها ما يدخلها في حالة اكتئاب.

2.4. العلاج الكيميائي Chimiothérapie:

نظرا للأفكار المسبقة التي تحملها المريضات حول العلاج الكيميائي والتي تعد خاطئة إلى حد كبير، وخاصة تخوفهن من الأعراض الجانبية له والتي تختلف من شخص لآخر دون اختلاف الأعراض الظاهرة، فمعظم المريضات يشعرن بالخوف فور رؤيتهم **"للدواء الأحمر*"** كما يطلقون عليه، وهذا ما يؤذي إلى صعوبة تقبل العلاج الكيميائي والخوف المستمر منه، ومن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي سقوط الشعر، الإرهاق الشديد، الدوار والغثيان، وهذه الآثار تعد مصدر قوي للاكتئاب. **(عامر، جلول، 2020، ص 71)**

كما أن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي تؤدي أحيانًا أثناء العلاج وعلى المدى الطويل إلى اضطرابات معرفية وتباطؤ نفسي مما يؤدي أيضًا إلى تشويش التفسير، لذلك يجب أن تؤخذ آثار المرض وآثار العلاج في الاعتبار لعوامل الاكتئاب لدى مرضى السرطان. **(goudemand, 2010, p 311)**

* تعرف **صورة الجسم** على أنها تلك الصور الذهنية أو التصورات العقلية سواء كانت سلبية أو إيجابية والتي يكونها الفرد عن نفسه، وتتدخل المواقف والخبرات التي يتعرض لها الفرد في تكوين هذه الصورة، ومنه فإن صورة الجسم على إثر تلك الخبرات تكون قابلة للتغيير والتعديل. **(الدسوقي، 2006، ص 21)**

* Doxorubicine ou Hydroxydaunorubicine : Le nom commercial Adriamycin.

3.4. العلاج الإشعاعي Radiothérapie:

هذا النوع من العلاج يعد أكثر تقبلا لدى المريضات، ولكن هذا لا ينفي خلوه من الآثار الجانبية. **(عامر، جلول، 2020، ص 71)**

نرى من خلال ما تم ذكره من عوامل الاكتئاب لدى مرضى السرطان أن العلاجات والدواء له تأثير كبير على الحالة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي، حيث أن خوفها من الدواء والأفكار التي تحملها عنه تجعلها دائمة القلق والاكتئاب والخوف، وخاصة أن الدواء فعلا له تأثيرات جانبية وآلام يسببها ما يعزز تشاؤمهن للعلاج وخوفهن منه وظهور أعراض منها أرق، بكاء، فقدان الشهية، التشاؤم واليأس...

VI. الاكتئاب والأمراض الجسدية La dépression et les maladies somatiques:

اختلف قديما العلماء والفلاسفة في العلاقة بين العقل والجسم ولكل رأيه في ذلك، حيث أخذ معظمهم أن المصطلحات الثلاث "الروح/العقل/النفس" تحمل نفس المعنى تقريبا، حتى وإن ذهب بعضهم إلى التفريق بينها في المعنى، ومن بين الفلاسفة الذين استعملوها بنفس المعنى نجد **"أرسطو (322-384 ق. م)"** الذي ذهب فلسفته إلى أن العقل والجسم متصلان ولا يمكن الفصل بينهما، عكس ما جاء به **"أفلاطون"** الذي اعتبر أن العقل والجسم منفصلان كليا، حيث شبه "أرسطو" العقل والجسم بالتمثال وصورته إذ لا يمكن فصل التمثال عن صورته إلا إذا كُسّر التمثال، نفس الشيء بالنسبة للعقل أو النفس والجسم حيث لا يمكن فصل النفس عن الجسم إلا بالقضاء على الجسم، كما ذهب إلى تشبيه علاقة النفس والجسم بالعلاقة بين وظائف الأعضاء بحيث لا يمكن فصل العضو عن وظيفته فمثلا كما أن وظيفة العين هي الرؤية فوظيفة الجسم هي العقل أو النفس أو الروح. **(محمد عويضة، 1992، ص 15-19)**

ومن العلماء المحدثين وصف **"وينيكوت Winnicott" (1949)** أن الإغواء الذي يقوم به العقل على النفس بطريقة ما تبعدها عن ارتباطها بالجسد بمعنى النفس-جسد، بحيث تنتج نفسا مزيفة ومنقسمة عن الجسد. ومع ذلك فالنفس-جسد هي أصل الذات الحقيقية، ومن هنا يمكن إحيائها بواسطة الرجوع إلى التحليل وفائدة الاسترخاء. ويذهب وينيكوت إلى حد الحديث عن " القيمة الإيجابية للمرض الجسدي الذي يعوض عن إغواء النفس بواسطة العقل، وبصدد ذلك كتب وينيكوت أن "أحد أهداف المرض النفس-جسدي هو فصل النفس عن العقل وإعادتها إلى ارتباطها الحميم والأولي بالجسد". **(Brusset, 2013, p. p 106-107)**

وعلى إثر ذلك فالتفاعل بين النفس والجسد شيء معروف، فكما تؤثر الحالة النفسية على الجسد كذلك تؤثر الحالة الجسدية على النفس، ومع ذلك فإن الشخص عندما يكون مكتئبا فإنه يميل إلى التركيز على الأسباب النفسية متجاهلا بذلك الأسباب الجسدية، وحتى إن كان السبب الحقيقي نفسي المنشأ في حدوث أمراض جسدية مع ذلك لا يكفي التكفل النفسي لتحسين حالة المريض دون معالجة الأمراض الجسدية. **(Trickett, 2013, p 104)**

لذا إن العلاقة بين الاكتئاب والأمراض الجسدية كثيرة ومعقدة، فكثير من المرضى وخاصة في المستشفى يصرحون بشكاوى اكتئابية، ويظهر ذلك في كونهم يعيشون بشكل أقل جودة من الآخرين وانخفاض الأداء الوظيفي لديهم

وزيادة الوفيات، لذا فإن واحد (01) من كل ثلاثة تقريبا (03) من المرضى المتواجدين في المستشفيات يبلغون عن شكاوى اكتئابية ومع ذلك من الصعب تشخيص الاكتئاب عند المصابين بأمراض جسدية خاصة غير المقيمين في المستشفى ويستمرون في عملهم بشكل طبيعي نسبيا. **(Mendelwicz, 2007, p 116)**

فمن الشائع أنه قد يفقد المرء ثقته بنفسه وتقديره لذاته عندما يكتشف أنه مصاب بمرض خطير فيغرق في دوامة الاكتئاب، إلا أن الأسباب تبقى معقدة، ومثال على ذلك يصاب المرء بالاكتئاب بعد إصابته بأزمة قلبية، خاصة وأنه يشعر باقتراب موته أو أنه اختبر الموت أو العجز بشكل فجائي. **(مكنزي، 2013، ص 32)**

ومن الأمراض الجسدية المزمنة التي تتزايد فيها معدلات الاكتئاب نجد، مرضى السرطان، الدرن الرئوي (Tuberculoses)، الايدز، وكذلك أمراض القلب التاجية وغيرها من أمراض العضال. **(أبو زيد، 2008، ص 133)**

إضافة إلى أنه يتواجد بنسب متفاوتة لدى مرضى الزهايمر، الباركنسون، الصرع المتكرر، الصرع المراقب، السيدا، ومرضى السكري. **(بلوم وقشي، 2017، ص 189)**

ويعاني أصحاب هذه الأمراض الخطيرة من أعراض الاكتئاب ما يتسبب في تناقص وزنهم، أو العكس قد يكون الاكتئاب مؤشرا مبكرا للإصابة بمرض جسدي. وقد يستمر الاكتئاب الذي لا يتم علاجه طيلة المرض الجسدي ما يؤثر سلبا على جودة الحياة، فإذا تجاهل الشخص أيضا أعراضه النفسية وركز فقط على ما يعانيه من مرض عضوي خطير فإنه من الممكن أن يصاب بمرض الاكتئاب وهذا قد يؤخر شفائه من مرضه العضوي، لذا وجب على أصحاب الأمراض العضوية مناقشة ما يعانون منه من أعراض الاكتئاب والتفريغ عن النفس مع الطبيب الخاص. **(بريس، 2010، ص. ص 60-61)**

مما سبق نرى أن للاكتئاب عوامل كثيرة ومتداخلة تمس جميع الجوانب، فقد تكون عوامل بيولوجية وراثية وكيميائية، وقد تكون بسبب عوامل في الشخصية ونفسية، كما قد يصاب المرء بالاكتئاب نتيجة عوامل اجتماعية وأحداث الحياة من الصدمات التي يتلقاها في حياته، دون أن ننسى العلاقة القوية التفاعلية الموجودة بين النفس والجسد والتي اختلف فيها الكثير من العلماء عمن يؤثر فيمن أولا، فهي علاقة تكاملية ترابطية وأيضا معقدة من الصعب تحديد المؤثر الأول فيها وخلاصتها أن النفس والجسد كالحلقة المفرغة فالأعراض النفسية تؤدي إلى أعراض جسدية والعكس صحيح.

VII. الأشكال التصنيفية للاكتئاب: توجد أشكال عدة للاكتئاب نذكر أهمها فيما يلي:

1. الأشكال العامة:

1.1. الاكتئاب الأولي والاكتئاب الثانوي Dépression primaire et dépression secondaire:

الاكتئاب الأولي ليس لديه أسباب محددة، وعوامل واضحة ومعينة يفسر على أساسها. **(النوبي محمد علي، 2012، ص 97)**

أما الاكتئاب الثانوي فحسب **"كريبلين Kraepelin"** فإن حالة الاكتئاب يمكن أن تكون مرتبطة باضطراب عضوي أو اضطراب آخر بمعنى الاكتئاب يكون عرض لأمراض أخرى، يعتبر الاكتئاب هنا حالة ثانوية لأمراض جسدية، اكتئاب مرتبط باضطرابات عضوية مثل الأمراض الدماغية (مرض باركينسون، الصرع، حالات الخرف، الأورام الدماغية، التصلب اللويحي...)، أمراض الغدد الصماء (قصور الغدة الدرقية، مرض أديسون...)، وأيضا الأمراض العامة (السرطان، السل...الخ)، ويحدث الاكتئاب الثانوي أيضا بسبب بعض العلاجات (الأدوية الخافضة للضغط، الأدوية المضادة للسل... الخ). **(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p 64)**

2.1. الاكتئاب البسيط والاكتئاب الشديد Dépression légère et dépression majeure:

يتميز الاكتئاب البسيط بأعراض متوسطة وبسيطة، وقلة الأعراض الجسدية، ويحدث كاستجابة لعوامل خارجية من بيئة الفرد أو من الفرد نفسه وانفعالاته، بمعنى أن أسبابه واضحة جدا والشفاء منه مضمون. **(عبد الباقي ابراهيم، 2009، ص 26)**

أما الاكتئاب الشديد فيتميز بمجموعة من الأعراض التي تستمر لمدة أسبوعين متتالين على الأقل، بما في ذلك الحالة المزاجية الحزينة و/أو العصبية، والتي تؤثر في القدرة على العمل والنوم والأكل، والاستمتاع بالأنشطة اليومية، بحيث يأخذ شكل صعوبات في النوم أو الأكل، ويمكن أن يكون بالإفراط في النوم أو الأكل، أو عدم النوم وفقدان الشهية، وتحدث نوبات الاكتئاب الشديد مرة أو مرتين في حياة الفرد مع احتمال الإصابة بها مرة أخرى.

(Bhowmik & al, 2012, p 44)

3.1. الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني Dépression névrotique et dépression psychotique:

يؤثر الاكتئاب العصابي في جميع درجاته وخصائصه بشكل فعال من خلال خيال فقدان الموضوع، فهو يعكس حساسية الفرد نفسه للخطأ، النقص، الفقدان، الغياب، الحداد، وهو ما يؤثر على تقييم الفرد لذاته. **(Chaber, 2019, p 02)**

والاكتئاب العصابي عكس الاكتئاب الشديد والاكتئاب الذهاني فهو يظهر من خلال وجود الأعراض التالية لمدة شهرين متتاليين وتتمثل في فقدان الشهية، الأرق وفرط النوم، انخفاض في الطاقة، تدنّي تقدير الذات، صعوبة في التركيز أو اتخاذ القرارات، اليأس. **(Bergeret, 2012, p 117)**

أما الاكتئاب الذهاني فبالإضافة للأعراض الأخرى فهو يكون مصحوب بأعراض ذهانية وهلاوس اضطهادية وأوهام اكتئابية، تضخيم المشكلات، الرغبة في الموت، فقدان الاتصال بالواقع سواء كان محدود أو معدوم، مع عدم ترابط الأفكار مع واقع الحياة الخارجية. **(حامد عثمان، 2010، ص 53-87)**

والفرق بين هذه الأنواع يكمن في الدرجة والشدة والمدة والتكرار ومن خلال درجة تأثيرها على حياة الفرد وما تسببه من إعاقة في استمرارية القيام بالأنشطة اليومية بالشكل المعتاد.

4.1. الاكتئاب الموسمي Dépression saisonnière:

يظهر هذا النوع من الاكتئاب لدى بعض الأشخاص في بعض شهور السنة خاصة في فصل الشتاء أين يكون النهار قصير والليل طويل، ويتميز الاكتئاب الموسمي بمجموعة من الأعراض تتمثل في رغبة في الانعزال، الحزن، الميل للأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات، وأسبابه مجهولة ولكن يرجح بعض العلماء أنه يحدث نتيجة عدم التعرض الكافي لأشعة الشمس، مع تزايد بعض الهرمونات نتيجة كثرة التعرض للظلمة. **(عبد الستار، 2008، ص 14)**

5.1. الاكتئاب القلقي Dépression anxieuse:

يرتبط باستجابة قلقية مع المعاوضة* الاكتئابية بحيث يأتي القلق أولا، ثم يسيطر على الصورة العيادية الأرق، عدم الاستقرار، اجترار القلق، أسئلة متكررة مع غياب الاطمئنان، وغالبا ما ترتبط بالشكاوى الجسدية و/أو توهم المرض ما يستدعي البحث عن وجود الأفكار الوهمية الكامنة، وخطر الانتحار يكون كبير في هذا النوع من الاكتئاب. **(Goudemand, 2010, p 30)**

6.1. الاكتئاب الميلانكولي Dépression mélancolique:

في الواقع قد تظهر بعض نوبات الاكتئاب الشديدة خصائص ذهانية (هذيان) و/أو كآبة، بحيث تظهر في المقام الأول اضطرابات الوظائف البيولوجية *Les troubles des fonctions végétatives في نوبة الكآبة، وغالبا ما يرتبط خطر الانتحار بالأفكار الهذيانية حول الإحساس بالتحقير والذنب والتي يمكن أن تصل إلى الإحساس باللعنة الأبدية، تعفن الجسد، أو إلى أقصى درجات إنكار الجسد والعالم (متلازمة كوتارد Syndrome de cotaard).

(Blackburn, Cottraux, 2008, p 12)

---

* **المعاوضة la décompensation** تتوافق المعاوضة مع مرحلة اختلال التوازن النفسي للشخص، في حالة الانتكاس، حيث يشير التعويض إلى مرحلة ظهور الأعراض، ويمكن أن تكون المعاوضة ذهانية، هوس، قلق، اكتئاب، الإدمان على الكحول... فهي تكشف عن وجود توتر زائد يفوق قدرة الشخص على التحكم فيه باستخدام الميكانيزمات الدفاعية. (www.décompensation-psychique.com)

* تتعلق بنشاط الجهاز العصبي أو الجهاز العصبي اللاإرادي. [...] **(Gatard, 1992, p 1712)**

وهي الوظائف البيولوجية التي تضمن الحفاظ على التوازن الداخلي للجسم (التنفس، الدورة الدموية، الإفرازات الغدية، الهضم، التنظيم الحراري، دقات القلب... بحيث يتم التحكم في هذه الوظائف من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي.

(www.larousse.fr/dictionnaire/fonctionsvégétatives.com)

2. الأشكال التصنيفية حسب DSM-5 et ICD-11:

الجدول (02): الأشكال التصنيفية للاكتئاب حسب DSM-5 وICD-11.

DSM-5 تحت مسمى الاضطرابات الاكتئابية	ICD-11 تحت مسمى الاضطرابات الاكتئابية.
1. اضطراب المزاج المتقلب المشوش. 2. الاضطراب الاكتئابي الجسيم. 3. اضطراب اكتئابي مستمر-سوء المزاج. 4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث. 5. الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/ دواء. 6. اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى. 7. اضطراب اكتئابي محدد آخر. 8. محددات الاضطرابات الاكتئابية. 1. مع انزعاج قلقي. 2. مع مظاهر مختلطة. 3. مع المظاهر السوداوية. 4. مع مظاهر لا نموذجية. 5. مع مظاهر ذهانية. 6. مع بدء حول الولادة. 7. مع النمط الفصلي. 8. تحديد الهدأة. 9. تحديد الشدة الحالية.	1. اضطراب اكتئابي وحيد النوبة 6A70 (6A70. 0- 6A70. Z). 2. اضطراب اكتئابي مكرر 6A71 (6A71. 0- 6A71. Z). 3. اضطراب سوء المزاج 6A72 4. اضطراب الاكتئاب والقلق المختلط 6A73 5. اضطراب سوء مزاج ما قبل الطمث GA34.41 6. اضطراب اكتئابي محدد آخر 6A7Y 7. اضطراب اكتئابي غير محدد 6A7Z 8. أعراض ومسار تظاهرات نوبات المزاج في اضطرابات المزاج 6A80 (6A80. 0-6A80. 5). 9. اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس، دون أعراض ذهانية 6E20 اكتئاب ما بعد الولادة 6E20. 0 اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس، دون أعراض ذهانية محددة أخرى 6E20. Y اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس، دون أعراض ذهانية، غير محددة 6E20. Z اضطرابات عقلية أو سلوكية مرتبطة بالحمل أو الولادة أو النفاس، مع أعراض ذهانية 6E21 10. اضطرابات المزاج المحدثة بالمواد (6C40. 70-6C4D. 70) 11. متلازمة مزاج ثانوية 6E62 (6E62. 0-6A7Z)

المصدر: **(الحمادي، 2017، ص 74-90) و(الحمادي، 2021، ص 268-324)** بتصرف.

1.2. معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي الجسيم حسب Trouble dépressif majeur DSM-5:

A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة أسبوعين متتاليين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).

2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
3. فقد وزن بارز بغيابة الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريبا.
4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.
5. هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظة من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).
6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.
7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهميا) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.
8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
9. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى. المعايير A وC تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

يشار إلى الشدة الحالية والمظاهر الذهانية فقط إذا تم حاليا استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الاكتئاب الجسيم، ولا يشار إلى محددات الهدأة إلاّ إذا لم تستوف المعايير الكاملة حالياً لنوبة الاكتئاب الجسيم والرموز كما يلي:

الجدول (03): يوضح رموز نوبة الاكتئاب الجسيم حسب الشدة والسير.

محددات الشدة/السير	نوبة مفردة	نوبة متكررة*
خفيف	(F32.0)	(F33.0)
متوسط	(F32.1)	(F33.1)
شديد	(F32.2)	(F33.2)
مع مظاهر ذهانية	(F32.3)	(F33.3)
في هدأة جزئية	(F32.4)	(F33.4)
في هدأة كاملة	(F32.5)	(F33.5)
غير محدد	(F32.9)	(F33.9)

لاعتبار النوبة متكررة فيجب وجود شهرين متتالين بين نوبتين متتاليتين على الأقل، حيث لم تستوَف المعايير لنوبة اكتئاب جسيمة. إن تعريفات المحددات يوجد على الصفحات المعينة.

إذا تواجدت المظاهر الذهانية، فالرمز "مع مظاهر ذهانية" لا علاقة له بشدة النوبة.

في تسجيل اسم التشخيص، يجب أن يتم سرد المصطلحات بالترتيب التالي: اضطراب اكتئابي جسيم، نوبة مفردة أو متكررة، محددات الشدة/الذهان/الهدأة، تلها العديد من المحددات الأخرى دون رموز كما تنطبق على النوبة الحالية أو الأقرب.

حدد: مع انزعاج قلقي. مع مظاهر مختلطة، مع دوران سريع، مع مظاهر سوداوية، مع مظاهر لا نموذجية مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج، مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج، مع كاتاتونيا. **ملاحظة للترميز:** استخدام رمزا إضافيا (F06.1)، مع بدء حول الوالدة، مع النمط الفصلي (للنوب المتكررة فقط) . **(الحمادي، 2017، ص 75-77)**

2.2. معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي وحيد النوبة حسب Trouble dépressif à épisode unique ICD-11:

يتميز الاضطراب الاكتئابي ذو النوبة الواحدة بوجود أو تاريخ لنوبة اكتئاب واحدة عندما لا يكون هناك تاريخ لنوبات اكتئاب سابقة. تتميز نوبة الاكتئاب بفترة من المزاج المكتئب شبه اليومي أو انخفاض الاهتمام بالأنشطة والتي تستمر لمدة أسبوعين على الأقل مصحوبة بأعراض أخرى مثل صعوبة التركيز أو الشعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب المفرط أو غير المناسب أو اليأس أو الأفكار المتكررة عن الموت أو الانتحار، مع تغيرات في الشهية أو النوم، هياج حركي نفسي أو بطء، ونقص الطاقة أو التعب .لم تكن هناك أي نوبات هوس أو تحت هوس أو نوبات مختلطة سابقة، مما قد يشير إلى وجود اضطراب ثنائي القطب.

استثناءات: اضطراب اكتئابي معاود(6A71)، اضطراب التأقلم (6B43)، ثنائي القطب أو الاضطرابات ذات الصلة. **(الحمادي، 2021، ص. ص 268-269)**

VIII. النظريات المفسرة للاكتئاب:

1. نظرية التحليل النفسي:

بالحديث عن نظرية التحليل النفسي يجب أولا تذكر إسهامات **"فرويد"** مرتبة حسب نموذجين إذ تضمن النموذج الأول **الهستيريا L'hystérie**، والنموذج الثاني **النرجسية Le narcissisme** و**الحزن La mélancolie**، حيث ذهب النموذج الأول إلى ظهور المواضيع الأولى والنظرية الأولى للغرائز في التعارض بين غرائز حماية الذات والغرائز الجنسية، أما الثاني تمحور حول المواضيع الثانية والتعارض بين غريزة الحياة وغريزة الموت، كما أن أحدهما قائم على مبدأ اللذة وإشباع الرغبات والشفاء، والآخر هو جزء من الألم والتكرار القهري ورفض الشفاء.
(Chabert, 2019, p 03)

إضافة إلى أن النظريات التحليلية الأولى ركزت في أبحاثها على الجهاز النفسي والمواضيع المرتبطة بالعلاج التحليلي، واعتبرت الاكتئاب كموضوع ثانوي مقارنة بالعصابات الأخرى، إلى أن ذهب رواد التحليل النفسي لدراسة الذهانات والحالات الحَدية بصفة عامة، وبالاضطرابات النرجسية بصفة خاصة، أين تم دراسة الاكتئاب بصفة مباشرة، إذ ظهرت العلاجات القصيرة المدى في الخمسينات من القرن العشرين. **(غربي، 2008-2009، ص 55)**

1.1. كارل أبراهام (1911) K. Abraham:

أعمال **"كارل أبراهام K. Abraham"** -تلميذ **فرويد**-عن الاكتئاب تسبق أعمال **"سيغموند فرويد S. Freud"**، حيث اعتبروا أن محرك الاكتئاب يأتي من التصرفات العصبية للموضوع. وصف **" أبراهام"** الاكتئاب بأنه فرد غير قادر على حب الآخرين والشعور بالذنب لعدم قدرته على حبهم بحيث تنقلب نزعاته السادية على نفسه. يسلط **ك. أبراهام**، في كتاباته المؤثرة حول مشكلة الاكتئاب، الضوء على أهمية آلية الإسقاط ويجمع بالمقارنة **الحداد والكآبة deuil et mélancolie** فالكآبة حسب قوله تمتلك "سادية مكبوتة في اللاوعي" وهي راضية عن حالتها لأنها "تستمد سعادتها من معاناته". ولمعالجة موضوع الاكتئاب سيعتمد **"ك. أبراهام"** على فهم المرضى الذين يعانون من الشعور بالضيق لدعم أفكاره، ويلاحظ خيبات الأمل المبكرة في علاقة الطفل بوالديه، هذه الأحداث المرتبطة بالتطور ما قبل الولادة تؤثر وتحدد مسار وتجربة الصراعات الأوديبية، وإن خيبة الأمل التي لم يتم التغلب عليها على المستوى الأوديبي، سوف تنعش وتحفز من خلال التعزيز التراجعي للصراعات قبل التناسلية التي لم يتم حلها والتي ستؤدي بالتالي إلى استجابة اكتئابية متكررة.
(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p. p 77-78)

ويرى "**أبراهام**" أن الاكتئاب هو بداية الفشل الناتجة عن فقدان الموضوع المحبوب بشكل متناقض، حيث افترض أنه بعد خيبة الأمل في الحب تصبح الأنا متطابقة مع موضوع الحب المجهور. في هذه الحالة يظهر لوم الذات

كمحاولة لمعاقبة موضوع الحب المدمج، وإن تدني تقدر الذات في الاكتئاب حسب فرويد، هو ما يميز الحداد عن الكآبة، فالحداد يمثل فقدان موضوع خارجي بينما في الاكتئاب الفقدان أو الخسارة تخص الأنا. **(Cardozo, 1977, p 7)**

2.1. سيغموند فرويد (1915) S. Freud:

في **"الحداد والكآبة Deuil et mélancolie"**، ناقش **"فرويد Freud"** علاقة الكآبة (الاكتئاب) بمرحلة الإحتواء الفموي من التطور الليبيدي الذي يسبق اختيار الشيء، بالإضافة إلى مرحلة أكثر تقدمًا وتعقيدًا من التطور النفسي الذي ينشأ من تكوين الأنا الأعلى والابتداء عن عقدة أوديب، وهذا ينطوي على تجارب الشعور بالذنب ولوم الذات والعقاب الذاتي. **(Blatt, 2014, p 733)**

واعتبر **"فرويد"** أن **"المازوشية المعنوية* masochisme morale"** أحد الجوانب المكونة للاكتئاب كونها نتاج للشعور بالذنب اللاشعوري، كما يرى أن أعراض الاكتئاب وفقدان النشاط النفسي يكون نتيجة لصراع نفسي داخلي بين غريزتي الحياة والموت، أين تسيطر غريزة الموت على غريزة الحياة، وإن الحاجة إلى العقاب الذي يظهر في الحداد المرضي يكون من خلال تقمص دور الضحية، إذ أن الأعلى يلعب دور الحكم والمراقبة بجانب الأنا. ويستمر الفرد المكتئب في السيطرة وذلك حسب درجة هشاشته النفسية، بحيث يصبح موضوع الحب "لا كحب الذات كمصدر للسرور بالحياة" ولكن كمركز للرقابة السادية نحو أي ضعف يواجهه. **(جبار، 2016، ص 46)**

كما كشف **"فرويد"** أيضا عن أوجه التشابه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب وبين الاكتئاب المرضي، حيث يحدث الاكتئاب عادة عندما يفقد الفرد موضوعات حبه سواء بالموت أو الهجران والخسارة، واعتبر التحليل النفسي هذه النوبات من الاكتئاب التي تظهر بعد وفاة أو فقدان موضوع الحب، ماهية إلَّا نتيجة أساسية للشعور بالذنب كما لو أن الكراهية اللاشعورية هي التي تسببت في الوفاة والفقدان وهذا ما يعزز مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي ولوم الذات. **(عبد الستار، 2007، ص 74)**

3.1. ميلاني كلاين Mélanie Klein:

كانت **"ميلاني كلاين M. Klein"** أول طبيبة ومنظرة لديناميات الاكتئاب، حيث مكنها عملها مع الأطفال من فهم كيف شكل "الموقف الاكتئابي" إحدى اللحظات الأساسية في تنظيم النفس البشرية، المرحلة الحاسمة في حياة الطفل العلائقية هي المرحلة التي يقبل خلالها حقيقة مؤلمة لكنها حاسمة بالنسبة له. وترى **"كلاين"** أنه اعتمادًا على ما إذا كان راضيًا أو محبطًا من أمه يفترض الطفل أن موضوعين متميزين (الثدي) يتبعان بعضهما البعض حيث أحدهما جيد والآخر

---

* بالنسبة **لفرويد**، وفقًا ل **Nacht** ، فإن "الحاجة إلى العقاب التي تُعد تعبيرًا عن الشعور بالذنب، هي السمة الأساسية **للمازوشية الأخلاقية أو المعنوية** والتي تتضمن دور الأنا الأعلى الذي تتعلق إحدى وظائفه تحديدًا بالضمير الأخلاقي. فإن العقوبات التي ينزلها المازوشي المعنوي على نفسه من خلال وسيط الأنا الأعلى لها وظيفة الحفاظ عليه من قلق الإخصاء، لن يكون البحث عن المعاناة في حد ذاته أكثر من مجرد رد فعل دفاعي يهدف إلى تجنب الخطر الخيالي المتمثل في الإخصاء. وعندما يتعلق الأمر بالمازوشي الأخلاقي أو المعنوي فإنه يحقق "عصابًا سلوكيًا" حقيقيًا أو "طابعاً مازوشيًا" وتتمثل أهم سماته في: الشعور بالألم بالمعاناة الدائمة، بالتوتر العاطفي، عدم الرضا، الحاجة للشكوى، أن يكون غير سعيد، غير قادر، تهزمه الحياة، الميل إلى تعقيد المشاكل البسيطة، المبالغة في أبسط الصعوبات وتعذيب أنفسهم بها، وفي نفس الوقت، استحالة استيعاب مباهج الحياة... الخ **(Chagnon, 2006, p. p 15-16)**

سيئ، ومع ذلك يأتي وقت يفرض عليه تطور حواسه وقدراته الإدراكية وكذلك تطور نفسيته الواقع المؤلم له أن الأم "سواء الجيدة أو السيئة" لم تعد قابلة للانفصال عن بعضها البعض، وبهذا يجب أن يعترف بأن "الجيد" و "السيئ" يشكلان نفس الشخص. **(Killer, 2016, p 87)**

تستخدم **M. Klein** مصطلح **"الوضعية *position"** بدلاً من **"المرحلة stade"** (التعاقب الزمني لمراحل التطور) لأن هذا يشير إلى أنماط معينة من الأداء النفسي (الأداء العقلي) والتي يمكن التعرف عليها من خلال مظاهر محددة لفترات مختلفة من حياة الشخص. يمكن أن تظهر هذه المظاهر والقلق والدفاعات والعلاقات الشخصية و/أو الداخلية خلال الطفولة والمراهقة و "البلوغ" اعتمادًا على المواقف والظروف المؤلمة والصدمات الحقيقية التي سيختبرها الموضوع. وتم بناء نظام **M. Klein** التوضيحي على مراحل، في البداية الموقف الفصامي المصحوب بجنون العظمة ثم الموقف الاكتئابي. **(Pedinielli, Bernoussi, 2008, p 84)**

4.1. دونالد وينيكوت D. W. Winnicott:

إن إشكالية الخسارة التي تتجاوز الموضوع، والتي يعالجها **"وينيكوت Winnicott"** في كتابه **"الخوف من الانهيار peur de l'effondrement"** **(1974)**، يبين فيه ما تعنيه الخسارة في الذهان، ذات الصلة بالاكتئاب الشديد، حيث أن الخوف من الانهيار يتعلق بانهيار تم تجربته بالفعل ولكن لم يتم الاعتراف به ولم يتم تسجيله بشكل حقيقي، بحيث في مثل هذه اللحظات "يحتاج المريض إلى إخباره بأن الانهيار الذي يهدد حياته قد حدث بالفعل". ومع ذلك، لا يمكن وضع هذا الألم البدائي (المعاناة) في الماضي إذا لم تكن الأنا قادرة على قبوله في تجربة الحاضر. وينسب وينيكوت الخوف من الانهيار إلى "اللاوعي" الذي يميزه عن الخوف في العصاب وحتى عن اللاوعي الفرويدي. ومن شأنه أن يميز الأساليب الذهانية للدفاع ضد القلق من فقدان وحدة الذات وليس ضد قلق الإخصاء. **(Chabert et al, 2017, p 40)**

وحسب **"وينيكوت "** الخوف من الانهيار يكون قبل المرحلة الأوديبية فهو يدعم "أقل من الجنس" والذي من شأنه أن يُنجح قيمة التبادلات بين الطفل وبيئته ويؤثر على نموه عندما لا يستطيع فشل البيئة في فعل ذلك.
(Chabert, 2013, p 214)

---

* **الوضعية الاكتئابية أو الموقف الاكتئابي la position dépressive** وفقًا لميلاني كلاين تمثل طريقة علاقات الموضوع الناتجة عن الموقف المصاب بجنون العظمة الذي يبدأ في الشهر الرابع تقريبا ويتم التغلب عليه تدريجيا خلال السنة الأولى، على الرغم من أنه يمكن الرجوع إليه مرة أخرى أثناء الطفولة وإعادة تنشيطه في مرحلة البلوغ، خاصة في حالات الحداد والاكتئاب .وتتماشى النظرية الكلاينية للوضع الاكتئابي مع عمل فرويد "الحداد والكآبة" 1915، ومع عمل أبراهام حيث أبرز هؤلاء المؤلفون في الاكتئاب الميلانكولي مفاهيم فقدان الشيء المحبوب وفقدان الإدخال، باحثين عن نقاط التثبيت الأخيرة في التطور النفسي الجنسي (المرحلة الشفوية الثانية وفقًا لأبراهيم)، وأخيرًا العلاقة بين الاكتئاب والعمليات الطبيعية مثل الحداد .وإن الأصالة الأولى لمساهمة Klein هي لوصف مرحلة من التطور الطفولي على أنها تقدم تشابها عميقا مع الصورة العيادية للاكتئاب. **(Laplanche, Pontalis, 1981, p, p 610-611)**

5.1. أريتي وبيمبوراد Arieti & Bemporad (1978-1980):

ميز **Arieti** و **Bemporad** نوعين من الاكتئاب، نوع الطرف المسيطر ونوع الهدف المسيطر، بحيث عندما يفقد الطرف المسيطر أو لا يتحقق الهدف المسيطر، يمكن أن ينتج الاكتئاب. وناقش **Arieti** و**Bemporad** (1978) رغبتين شديدتين وأساسيتين في الاكتئاب وهي "أن يكون الفرد راض، مستمتع أو مكتفي سلبا بالطرف المسيطر" و "أن يكون متأكد من قيمته الشخصية، وأن يتحرر من عبء فكرة الذنب"، وفي النوع الآخر السائد من الاكتئاب، يرغب الفرد في أن يشعر بالرضا بشكل سلبي من خلال تطوير علاقة متشبثة ومتطلبة ومعتمدة وطفولية. في نوع الهدف المسيطر، يسعى الفرد إلى أن يتأكد أو يضمن قيمته وأن يتحرر من الشعور بالذنب من خلال توجيه كل جهد نحو هدف أصبح غاية في حد ذاته. **(Blatt, 2014, p 734)**

6.1. أوندري غرين André Green (1983):

الموقف الكارثي الذي يوضحه **"أندريه غرين A. Green"** مع **"عقدة الأم الميتة complexe de la mère morte"** والذي من شأنه أن يشكل بطريقته الخاصة نموذجًا لأنماط اكتئاب معينة، يمكن القول إنها في الواقع متعارضة من حيث "**اكتئاب الحياة dépression de vie**" و"**اكتئاب الموت dépression de mort**". بحيث يحدث تحول جذري في الحياة النفسية للطفل بسبب حرمان الأم من الاستثمار القاسي والصادم لأنه يحدث دون علامات تحذيرية ودون تفسير محتمل. ستتم معالجة آثار هذا الانكسار من خلال تنفيذ دفاعات مميزة: إن سحب الاستثمار العاطفي والتمثيلي من موضوع الأم يعادل القتل النفسي للموضوع الذي تم إنجازه بدون كراهية، "لا يتدخل التدمير الغريزي في هذه العملية"، والنتيجة هي تكوين فجوة في شبكة العلاقات الموضوعية مع الأم. وبهذا فإن عقدة الأم الميتة تشمل أي بناء يسلط الضوء على سحب الاستثمار من الموضوع بشكل مفاجئ ومؤقت، ويفرض تغييرًا جذريًا في أساليب علاقات الموضوع، فإن أي موقف يؤدي إلى فقدان مؤلم لطبيعة نرجسية، يشير في النهاية إلى تحويل نظرة الأم إلى الطفل.
(Chabert, 2013, p. p 214-215)

7.1. بيار فيديدا Pierre Fédida (2001):

مثل "**Green**"، "**Feédida**" واحد من هؤلاء المحللين النفسيين الذين لا يخيفهم الموت، أو بتعبير أدق الذين لا يخلطون بين الموت وحقيقة الحديث عنه، وبالنسبة لكليهما فإن الاكتئاب يشبه مواجهة الموت. **(Keller, 2016, p91)**

حيث يعتبر **"فيديدا"** القدرة الاكتئابية للإنسان جزءًا لا يتجزأ من قوته الخيالية والأخلاقية. بحيث إذا كان لدى البشر هذه القوة، فذلك لأنهم غالبًا وأحيانًا منذ الولادة محاطون بالموت، وأيضًا من خلال الرغبة الشديدة في حرمان الاكتئاب من قدرته على الاكتئاب، فإننا نخاطر بتعريضه أكثر لمواجهة حقيقية مع العدم. **(Keller, 2016, p 92)**

وأكد **"فيديدا"** أنه عندما يتعلق الأمر بالحياة النفسية للإنسان فإنه من الضروري أن يكون لدى الفرد وقت للاستماع، حيث إذا لاحظ الفرد في سجل الحياة النفسية فشل الأسباب الفردية التي تميل إلى عزل الأجزاء البيولوجية والأجزاء النفسية، فإن الاكتئاب يأخذ قيمة نموذج علاجي حقيقي، فمن ناحية لدينا الوسائل القادرة على وقاية المرضى

من أعراض اكتئابهم، ومن ناحية أخرى علينا أن نعترف بأن التعافي من الاكتئاب لا يتحقق بمجرد تحديد هذه الأعراض. ويشهد هذا التأكيد على موقف حرج تجاه الاستخدام الحصري لمقاييس الاكتئاب لأغراض التشخيص في الطب النفسي. **(Chabert, 2013, p 216)**

2. **النظرية المعرفية:**

1.2. آرون ت. بيك (1961-1987) Beck:

أوضح **"بيك A. Beck"** في نظريته والتي أطلق عليها نظرية **"التشويه المعرفي للاكتئاب Cognitive distortionin depression"** ثلاث نماذج معرفية أساسية تعمل على تكوين الاكتئاب، وتتمثل هذه النماذج في نظرة الفرد السلبية لذاته، نظرة الفرد السلبية للعالم الخارجي ونظرة الفرد السلبية للمستقبل، وهذا ما أسماه "بيك" **بالثالوث المعرفي Cognitive triad"** وربطهم بالحالات المتعلقة بهم. ووضح فيما يلي تأثير هذه النماذج على الوجدان والدوافع في الاكتئاب: **(حامد عثمان، 2010، ص. ص 67-68)**

الجدول (04): يوضح تأثير النماذج المعرفية على الوجدان والدوافع في الاكتئاب.

المزاج الاكتئابي Depression Mood	**الرؤية السلبية للعالم Negative View of World**
رغبات تجنبية Avoidance Wishes	الرؤية السلبية للذات Negative View of Self
رغبات انتحارية Suicidal Wishes **زيادة الاعتمادية Increased Dependency**	الرؤية السلبية للمستقبل Negative View of Future

المصدر: **(حامد عثمان، 2010، ص. ص 67-68)**

من الجدول السابق نلاحظ أن تأثير النماذج المعرفية على الوجدان والدوافع في الاكتئاب يتجسد في: المزاج الاكتئابي الذي يعكس الرؤية السلبية للعالم الخارجي والبيئة المحيطة ما ينجر عنها رغبات تجنبية تتمثل في العزلة عن الآخرين والتي بدورها تعكس الرؤية السلبية للذات وانتقاد الذات، وهذا ما يؤدي إما إلى رغبات انتحارية أو الزيادة في الاعتماد على الغير وهي بمثابة انعكاس للرؤية السلبية للمستقبل والنظرة التشاؤمية وضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات... فالجدول يبين كيف أن تلك النماذج (الرؤية السلبية للعالم وللذات وللمستقبل) تؤثر على الحالة الانفعالية والمزاجية للفرد.

تؤدي أيضا هذه التشوهات المعرفية إلى تدني تقدير الذات، لوم الذات، اللامبالاة والحزن، ويقدم تفسير **"بيك "** لدور العمليات المعرفية في الاكتئاب الإكلينيكي فهمًا وصفيًا وواضحا للأحداث الخاصة، والتي تم تجاهلها حتى وقت قريب في الأدبيات السلوكية. مؤلفون آخرون ذوو توجه أخلاقي منهم **"باندورا Bandura، وإيليس Ellis، وميتشنباوم Meichenbaum وماهوني Mahoney "** يأكدون على دور الإدراك حيث يقولون "إن تصور الفرد للأحداث البيئية بدلاً من الأحداث نفسها، غالبًا ما يفسر السلوك" **(Cardozo, 1977, p 32)**

كما تتعامل نظرية **"بيك "** المعرفية حول الاكتئاب مع كل من جوانب التخلف والانفعالات للاكتئاب. ففي هذه النظرية يتحدى **"Beck "** وجهة نظر الاكتئاب باعتباره اضطرابًا عاطفيًا. ويذكر أن نفس الشيء الذي يؤدي فيه الإدراك إلى المعرفة والعاطفة في الوضع المعتاد موجود أيضًا في الاكتئاب، وبعبارة أخرى فإن الإدراك يحدد الوجدان "يعتبر على وجه التحديد اضطرابات التأثير والدافع نتيجة تصورات سلبية"، وتنبأت نظريته عن الاكتئاب من دراسة عيادية أولية والتي أشارت إلى أن موضوعات العقاب الذاتي تحدث بشكل كبير في الهلوسة والأوهام لدى مرضى الاكتئاب الذهاني. بعد ذلك كشفت الملاحظات العيادية للجمعيات الحرة وأحلام مرضى الاكتئاب في العلاج النفسي عن تواتر كبير لموضوعات خيبة الأمل والإحباط، والعقاب والإصابة، وعدم الجاذبية الشخصية، وعدم الكفاءة، وعلى الرغم من أن هذه الملاحظات كانت متوافقة مع المفهوم **"الفرويدي"** الأصلي حيث أن الضغط يمثل الحاجة للمعاناة أو الحاجة إلى العقاب الذاتي، وقد تناقضت الدراسات اللاحقة مع موقف **"فرويد "**، إذ هناك تفسير ملخص للبيانات التي تم الحصول عليها وهو أن محتوى الأحلام والتخيلات والتأملات والتفسيرات والأوهام التي يبلغ عنها الفرد المكتئب لا يتم تحديدها من خلال الرغبة في المعاناة أو معاقبة الذات ولكن من خلال "مجموعة معرفية ذاتية" وفقًا للخبرات التي يُنظر إليها في ضوء سلبي.

(Cardozo, 1977, p. p 29-30)

3. النظريات السلوكية:

يتعدد تناول النظريات السلوكية للاكتئاب فمنها تلك المستوحاة من نظرية الإشراط، ومنها المستوحاة من نظريات التعلم بما فيها نظرية العجز المكتسب، **(غربي، 2008-2009، ص 57)**، وفيما يلي سنقدم أهم الآراء حول الاكتئاب باختلاف التوجهات:

1.3. ايفيان بافلوف Pavlov:

يعد عمل **"بافلوف Pavlov"** على **"ردود الفعل الشرطية conditionnel reflexes"** (المنعكس الشرطي) أحد المصادر الرئيسية للنماذج والتقنيات العلاجية السلوكية، وشدد على أهمية التأثيرات الخارجية فيما أسماه **"العصاب التجريبي experimental neuroses"**، وفي تجاربه مع الكلاب أظهر العلاقة بين بعض التجارب والمتغيرات والعصاب المثبط على غرار الاكتئاب. حيث لاحظ أنه عند التأخر في تقديم التعزيز (الطعام) مع المنبه الشرطي (الجرس) ظهور أنواع مختلفة من الاضطرابات العصبية. **(Cardozo, 1977, p 13)**

ومن النتائج التجريبية التي توصل إليها من ملاحظاته للمرضى السوداويين **melancholic patient** استنتج أن "شدة ومدة التجارب الناتجة عن التغيرات في طريقة حياة الشخص اليومية والمهنية أو فقدان الأشخاص القريبين، قد تؤدي إلى الكآبة والحزن، إذا كان الفرد ينتمي إلى نوع خامل أو مثبط. **(Cardozo, 1977, p 14)**

2.3. سكينر Skinner:

امتدت نظرية **"سكينر Skinner"** إلى مجال العلاج النفسي **psychotherapy**، أين وصف المرضى النفسيين أو الذين يحتمل أي يكونوا مرضى نفسانيين على أنهم يمتلكون مخزون لا يؤدي أداؤه إلى تعزيزات البيئة لأن الكثير من السلوك

يعاقب عليه، ولأنه يتم الحفاظ على كل سلوك الفرد تقريبًا عن طريق تجنب العواقب السيئة بدلاً من إحداث تأثيرات إيجابية، ولأن إسقاطات البيئة مشوهة لدرجة يتم إخراج سلوك الفرد بشكل غير لائق، أو يكون مزيج من كل هذا...

ويرتبط نموذج **"التعزيز الفعال operant reinforcement"** للاكتئاب ارتباطًا وثيقًا بأفكار **"سكينر Skinner"** النظرية العامة، حيث وفقًا لهذا النموذج فإن الاكتئاب هو ضعف في القدرة على التحمل ناتج عن تناقص مقدار التعزيز الإيجابي، وهكذا فإن أسس جميع النماذج السلوكية للاكتئاب تستند إلى المبادئ النظرية التي وضعها إما **"بافلوف Pavlov"** أو **"سكينر Skinner"**. وينصب التركيز الأساسي في العلاج على "السلوكيات المحددة" التي تزعج الفرد، ويتم توجيه استراتيجيات العلاج نحو سلوكيات محددة وقابلة للقياس من خلال تغيير السلوكيات عن طريق إدارة الحالات الطارئة، ويُفترض أنه يمكن للفرد تغيير حالته المزاجية. **(Cardozo, 1977, p 17)**

3.3. لوينسون Lewinsohn:

من خلال الدراسات الوصفية والتحليلية –التحليل العاملي-للأفراد، عرف **"لوينسون "** الاكتئاب بأنه زمرة السلوكيات التي تتمثل في انخفاض في معدل السلوك، التعبير عن عدم الارتياح والقلق، تحقير الذات، مشاعر الذنب، الشعور بالملل والتعب، الشكاوى الجسمية كقلة النوم وفقدان الشهية والصداع. **(غريب، 2007، ص 78)**

واقترح **"لوينسون وآخرون"** حلقة التغذية الراجعة للإبقاء على السلوكيات الاكتئابية التي تتضمن مشاعر البؤس والأعراض المصاحبة لها، وانخفاض معدل السلوك، بحيث تحدث هذه الأعراض نتيجة لانخفاض معدل التدعيم، حيث تعتبر نظريات التدعيم القاعدة الأساسية لنظريات التعلم الاجتماعي والتي تركز على المهارات الاجتماعية والقدرة على اكتساب التدعيم الإيجابي من خلال التفاعل الاجتماعي، وتعتبر نظريات التدعيم النموذج الأساسي الذي يرتبط ظهور الاكتئاب كاستجابة لمثير غير مرغوب فيه، أو نقص في التدعيم الإيجابي. **(عسكر، 2001، ص 45)**

عرض **"لوينسون"** وزملائه الاكتئاب من خلال إطار نظرية التعلم، حيث أرجعوا سبب بقاء الاكتئاب إلى انخفاض معدل الاستجابات التي تؤدي إلى التدعيم الإيجابي، ويعتقدون أن السلوك المكتئب يحدث نتيجة لانخفاض تكرار أو نوعية الاستجابات التي تؤدي إلى التدعيم، كما يرون أن الإبقاء على السلوك الاكتئابي ليس فقط نتيجة أحداث بيئية، بل أيضا تلعب سمات الفرد دورا في ذلك (مثل نقص في المهارات الاجتماعية) من شأنها أن تؤدي إلى انخفاض في معدل التدعيم الإيجابي، وركزوا أيضا على دور التدعيمات البيئية كالتعاطف والاهتمام في الإبقاء على السلوك الاكتئابي. **(غريب، 2007، ص 81)**

4.3. سيلجمان Seligman:

يعد **"سيلجمان"** من رواد نظرية التعلم الاجتماعي، ويرجع الفضل إليه في إدخال مفهوم العجز المتعلم لميدان علم النفس من خلال تجاربه على الحيوان باستخدام الصدمة الكهربائية.

وعلى ذلك توصل **"سيلجمان"** إلى أن الاكتئاب هو "مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف، عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية، وفي هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوما كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف". **(عسكر، 2001، ص. ص 51-52)**

وبالنسبة له ينتج الاكتئاب عندا يفقد الفرد قدرته على الربط بين الفعل والتعزيز الإيجابي. **(غربي، 2008-2009، ص 57)**

وبين **"سيلجمان"** الدلالات الاكلينيكية للاكتئاب التفاعلي reactive depression أو الاكتئاب العصابي الذي يحدث نتيجة الفقدان أو العجز عن فعالية هذا الفقدان وعلاقته بالتعلم الاجتماعي، ووصف المظاهر الاكتئابية التي تميز الفرد نتيجة قصوره وعجزه، مع فقدان موضوعات الدعم التي تعتبر سلاحا للدفاع ضد القلق أو التهديد الداخلي من الفرد نفسه والخارجي من البيئة المحيطة. **(عسكر، 2001، ص 53)**

5.3. فريستر (1965) Ferester:

لاحظ **فيرستر (1965) Ferester** أن السمة الرئيسية للاكتئاب ليست وجود أي عرض معين أو مجموعة من الأعراض، ولكن بالأحرى انخفاض تواتر العديد من السلوكيات "الطبيعية". وفي الواقع في كثير من الأحيان يمكن ملاحظة أن ضعف السلوك يرجع إلى التغيرات في البيئة وهذا ما يبطئ معدل التعزيز الإيجابي أو يقلل من معدل التعزيز الإيجابي المحتمل. وإذا كانت تحليلات الاكتئاب هذه دقيقة، فيمكن وصف الاكتئاب على أنه فرد لديه تواتر منخفض في السلوك بسبب حالة نسبية من الحرمان فيما يتعلق بالمعززات الإيجابية، سواء كانت ذات طبيعة داخلية أو خارجية. وبالنظر إلى أن الاكتئاب لديه مصادر أقل للتعزيز الإيجابي، فمن غير المنطقي أن نفترض أن كل تعزيز محتمل يواجهه الفرد المكتئب تكون أكبر مقارنة بالفرد غير المكتئب، وبالتالي فإن السلوك الموجه نحو الهدف سيكون أقوى للاكتئاب إذا كانت العوامل الأخرى متساوية. وبالتالي فحقيقة أن الفرد المكتئب لديه توقعات أقل للحصول على التعزيز بنجاح، قد يفسر في الواقع لماذا يعلق قيمة أكبر على التعزيزات المحتملة. **(Hale, 1976, p. p 7-8)**

كما يقترح **"فيريستر Ferester"** أنه عندما يفقد الفرد الأشخاص المقربين، فهو بذلك يفقد معهم التعزيز الاجتماعي. **(أبو زيد، 2008، ص 73)**

كما يشير إلى أنه على الرغم من أن نظرية التعلم الاجتماعي تفترض أن التوقع وقيمة التعزيز مستقلان بشكل منهجي فإن هذا يعني فقط أنه لا توجد علاقة ضرورية بين الاثنين وليس أنهما قد لا يكونان مرتبطين، بل في الواقع في ظل ظروف معينة، يمكن أن تكون قيمة التعزيز أو التوقعات بمثابة إشارة إلى قيمة المعلومات أو يمكن أن يكون التوقع بمثابة إشارة إلى الآخر. وإذا كان من المعروف أن التعزيز ذو قيمة كبيرة، فقد يكون لدى الفرد توقع منخفض للحصول على هذا التعزيز أساسًا بسبب قيمته العالية. وبالمثل، إذا كان الشخص يعلم أن احتمالية الحصول على التعزيز عالية، فقد يعتقد أن أي شيء يمكن الوصول إليه يجب أن يكون ذا قيمة قليلة. **(Hale, 1976, p. p 8-9)**

4. نظرية أحداث الحياة:

1.4. بايكل وآخرون Paykel and al:

تنص هذه النظرية على أن هناك علاقة بين الأحداث الخارجية وحدوث الاكتئاب، حيث يوجد بعض المؤلفين الذين يعتقدون أنه حتى فيما يسمى بالاكتئاب **"الداخلي Endogenous depression"** يمكن تحديد بعض الأحداث الخارجية المسببة .

قام **بايكل Paykel وكليرمان Klerman** بدراسة تتضمن كلا من هذه الأساليب، حيث قارنوا أحداث حياة **(185 مريضًا)** كان تشخيصهم الأولي هو الاكتئاب، مع أحداث الحياة لمجموعة ضابطة من 185 شخصًا يمثلون قطاعًا عرضيًا من سكان المجتمع. وتمت مطابقة كل تحكم فردي مع مريض مكتئب على متغيرات مثل الجنس والعمر والحالة الزوجية والعرق والطبقة الاجتماعية. فكانت الفترة الزمنية التي تم فيها تسجيل الأحداث لمرضى الاكتئاب هي فترة الستة أشهر السابقة لظهور أعراض الاكتئاب. وتم اختيار هذه الفترة الزمنية للاستفادة من تلك الأحداث التي تعكس أسباب الاكتئاب بدلاً من عواقبه. **(Crardozo, 1977, p. p 37-38)**

اقتصرت البيانات من المجموعة الضابطة على فترة الستة أشهر السابقة للمقابلة، وتبين أن مرضى الاكتئاب أبلغوا عن أكبر عدد من الأحداث بثلاث مرات مثل عناصر التحكم، تزامن التكرار الإجمالي المتزايد للأحداث في المجموعة المكتئبة مع زيادة تواتر معظم فئات الأحداث الفردية المزدوجة، فئات الأحداث التي وجدت زيادة كبيرة في الاكتئاب كانت في: زيادة الخلافات مع الزوج، أو الانفصال عنه، بدء نوع جديد من العمل، وفاة أحد أفراد الأسرة. مرض خطير في أحد أفراد الأسرة، مغادرة أفراد الأسرة من المنزل، مرض جسدي خطير، والتغيير في ظروف العمل.

وتم الإبلاغ عن أحداث أخرى أيضًا بشكل متكرر أكثر في الاكتئاب لكنها حدثت كثيرًا في أي من المجموعتين من أجل تحقيق فروق ذات دلالة إحصائية. **(Cardozo, 1977, p 39)**

وفي دراسة أخرى تمت المقارنة بين المكتئبين وغيرهم حيث توصلت النتائج إلى وجود أنواع خاصة من الضغوط تصحب أو تسبق ظهور الاضطراب، ويمكننا تلخيص مجموع التجارب في نتيجة رئيسية واحدة مفادها أن الاكتئاب كونه أحد الاضطرابات الرئيسية التي يسببها الحزن والحداد، فقد كان من الواضح العثور على أدلة تؤكد وجود زيادة في نسبة الأحداث والضغوطات المتعلقة بالانفصال والخسارة (الجسدية أو الاجتماعية أو الإنسانية) والتي تعتبر مسؤولة بشكل أساسي على نوبات الاكتئاب وهذا ما أثبتته النتائج بالفعل، إذ وُجد أن أحد أنواع الضغوط الأكثر ارتباطًا بالاكتئاب هو ما يرتبط بالخسارة أو الفقدان وينتشر الاكتئاب أكثر عند النساء المطلقات أو المطلقين، الأرامل سواء نساء أو رجال، وبسبب الكوارث المادية... **(عبد الستار، 2008، ص 117)**

يزداد الاكتئاب أيضًا بسبب الإجهاد الناتج عن المرض الجسدي، حيث وجد أن المرضى الذين يعانون من أمراض خفيفة مثل الأنفلونزا هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالاكتئاب. صحيح أن هذه النتيجة لا تنطبق على الجميع، حيث لا يستجيب جميع المرضى العضويين للاكتئاب، وصحيح أنها لا تنطبق على جميع الأمراض لأن بعض الأمراض (مثل

الأمراض المتعلقة بالاضطرابات الغدية والهرمونية، الإيدز... إلخ) تؤدي إلى الاكتئاب أكثر من غيرها، إلا أن هذه الاختلافات تنطبق على جميع العلاقات التي تربط الاكتئاب بالضغوط. **(عبد الستار، 2008، ص. ص 117-118)**

2.4. Forest, Hudgens and al, Morisson and al:

هؤلاء المؤلفون الآخرون أجروا دراسات مضبوطة لأحداث ضغوط الحياة لدى مرضى الاكتئاب، حيث تدعم النتائج التي توصلوا إليها وتلك التي توصلوا إليها **Paykel et al** أهمية ضغوط الحياة في نشأة الضغط الإكلينيكي. وبشكل أكثر تحديدًا يبدو أن الأحداث غير المرغوب فيها وتلك التي تنطوي على فقدان أو خروج من المجال الاجتماعي ذات صلة خاصة بمسببات الاكتئاب. وجد مؤلفون آخرون أن أحداث الحياة مرتبطة بتطور مجموعة متنوعة من الأمراض الجسدية، مما يشير إلى أن الأحداث السلبية قد لا توجد حصريًا في مسببات الاكتئاب. **(Cardozo, 1977, p 41)**

ويرى كل من **بايكل Paykel**، **مايرز Myers**، **ودينيلك Dienelk**، **وكليرمان Klerman**، **وكيندثال Kindenthal**، **وريبر Repper**، أن الاكتئاب يرجع إلى البيئة المحيطة بما تحتويه من أحداث، والتي يختبرها الأشخاص كالوفاة والفقدان سواء بفقدان الأشخاص أو الأشياء، ومنه فالبيئة تلعب دورا في الإصابة بالاكتئاب. **(أبو زيد، 2008، ص 73)**

كما يقترح **Paykel (1969)** أن الخسائر الحقيقية أو المتصورة في البيئة الداعمة للفرد، أو داخل الفرد نفسه، ستؤدي إلى اكتئاب معلق على عاملين على الأقل، المعنى الذي يحمله الفقدان للشخص، وحجم إعادة ضبط أنماط الحياة التي يتطلبها الفقدان. **(Cardozo, 1977, p 41)**

يقترح أيضا "**سيليجمان Seligman**" أن الفرد سوف يكتسب استعدادًا للاكتئاب إما عند مقدار تعرضه لعدد كبير من ضغوط الحياة، أو عندما يكون لديه تجارب ناجحة فقط، وبالتالي لم يتقن مهارات التعامل مع الفشل، ومنه فإن الطريقة التي يتم بها تحصين الشخص من الاكتئاب هي من خلال التجربة والنجاح في السيطرة على المواقف العصيبة أو التغلب عليها بمحاولات صغيرة.

باختصار، وفقًا لنظرية أحداث الحياة، يعمل الفرد المعرَّض للاكتئاب بشكل طبيعي إلا عندما ينشأ موقف يكون فيه غير قادر على التعامل بتركيز كبير مع الضغوط البيئية. **(Cardozo, 1977, p. p 41-42)**

IX. المرأة والاكتئاب:

الجنس والسن والحالة الثقافية والحالة الاجتماعية و/أو الحالة الاقتصادية، في حد ذاتها لا تمنع أي شخص من الإصابة بأي آلام وأمراض، ومع ذلك فإن المرأة أكثر عرضة لهذا المرض، حيث تظهر الأبحاث أن معدلات الاكتئاب لدى النساء أعلى من معدلات الرجال. **(Claro, 1979, p 19)**

وتم تأكيد هذه الملاحظة الآن من خلال دراسات وبائية متعددة ويبدو أنها تتوافق مع العديد من الثقافات والمجتمعات، لذلك من المثير للاهتمام طرح أسئلة حول المظاهر ولكن أيضًا حول الأسباب المحددة للاكتئاب عند النساء، ومنه سنرى ما إذا كان ينبغي أيضًا اعتبار العلاج مختلفًا عن الرجال، بالإضافة إلى الأعراض الكلاسيكية، توصف خصائص

الاكتئاب لدى النساء بأنها **"غير نمطية atypiques"**، ومن بين الأعراض عند المرأة كثرة النوم، والأكل بكميات كبيرة، زيادة في الوزن أكثر من الرجال. وهناك أيضًا ميل إلى **الجسدنة somatisation**، مع وجود آلام ومشاكل في الجهاز الهضمي مرتبطة بمعدل أعلى للقلق من الرجال. **(Mendlewicz, 2007, p 95)**

ويعزو الطب النفسي تعرض المرأة للاكتئاب إما إلى العوامل البيولوجية (تأثير الاختلالات الهرمونية في فترات معينة من حياة الأنثى)، أو إلى ضعف معين لدى النساء من عوامل نفسية عاطفية (فقدان الموضوع و/أو تقدير الذات) وعوامل اجتماعية، ووفقًا لهذه العوامل، لبعض الدراسات الوبائية، أكثر أهمية من العوامل البيولوجية، وتظهر الدراسات الأنجلوسكسونية حول دور **الأحداث الحيوية des évènements vitaux "أحداث الحياة life-events"**، في حدوث الاكتئاب ووجود صلة مهمة بين **الحدث الصادم évènement traumatique** الذي يشكل فقدان الموضوع و/أو احترام الذات والاكتئاب. وهكذا يتم إنشاء علاقة السبب والنتيجة بين حدث موضوعي، يمكن تحديده وقابل للتسجيل في الوقت المناسب، ونوبات الاكتئاب تستند إلى أسبقية الحدث على الظاهرة الاكتئابية. **(chabert, 2013, p 291)**

ويبدو أن بعض الأحداث التي تؤثر بشكل خاص على الحياة الزوجية، مثل وفاة الزوج، والطلاق، والانفصال وسوء الفهم، تعتبر دفعة مسببة للأمراض وتظهر بشكل جلي عندما يكون لدى المرأة استعداد نفسي. وبالتالي فإن عوامل مثل غياب النشاط المهني، والخلفية الاجتماعية والاقتصادية المحرومة، والأطفال الصغار المعالين، والصعوبات الزوجية وفقدان الأم قبل سن (11 سنة)، من شأنها أن تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب لدى النساء. **(chabert, 2013, p 291)**

ومن أسباب أن بعض النساء معرضات بشكل خاص لزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب: **نوبات التقلبات الهرمونية épisode de fluctuations hormonales: المرحلة الأصفرية من الدورة الشهرية phase lutéale du cycle menstruel، والحمل grossesse** وفترة **ما بعد الولادة poste-partum** أو أثناء فترة **انقطاع الطمث ménopause**. في الواقع، عند النساء، يجب أن يستجيب الدماغ لتغيرات الغدد الصماء العصبية الدورية أو العرضية. وقد أدى هذا بالعديد من المؤلفين إلى دراسة دور هرمونات الستيرويد الجنسي كمحدد عصبي يشارك في حدوث أو تكرار نوبات الاكتئاب الرئيسية. **(perquier, 2014, p 39)**

وأخيرا بالنسبة **"لفرويد Freud"** خلال فترة دراسته **للكآبة la mélancolie**، وجد تقارب لا يمكن إنكاره ليس فقط بين الهستيريا والكآبة، ولكن بين الأنوثة والكآبة. لذلك لا ينبغي أن نتفاجأ إذا بعد عشرين عامًا في **Deuil et mélancolie**، عندما يرسم الصورة النموذجية للكآبة، على أنها صورة المرأة التي بدأ يرسمها. ومن بين الحوادث الأربع التي قام فيها على مدار كتاباته بإضفاء هوية جنسية للكآبة، كانت معظمها ثلاث حالات تتعلق بالنساء.

(chabert, 2013, p 311)

X. الاكتئاب: الصدمة، السرطان.

تختلف الصحة والمرض حسب الطبقة الاجتماعية والموقع الجغرافي والزمن والجنس، حيث على مستوى الجنس أظهرت الكثير من الأبحاث أنه على الرغم من حقيقة أن النساء يعشن أطول من الرجال، إلا أنهن أكثر من يتم تشخيصهن وعلاجهن بمجموعة واسعة من المشاكل الصحية، بدءًا من الرأس والإمساك وحتى الاكتئاب والسمنة أو حتى مرض السكري، ويمكن تضمين هذه الفروق بين الجنسين في المعتقدات والسلوكيات الصحية، وإدراك الأعراض، وطلب المساعدة، والتكيف، والالتزام بالأدوية، وتغيير السلوكيات. ومع ذلك هناك بعض المشكلات الصحية الخاصة بنوع الجنس، على سبيل المثال العجز الجنسي وسرطان البروستات لدى الرجال، وسرطان الثدي، وبطانة الرحم وسرطان عنق الرحم عند النساء. وقد يواجهن أيضًا أحداثًا مثل الإجهاض وإنهاء الحمل وانقطاع الطمث. **(Ogden, 2018, p 486)**

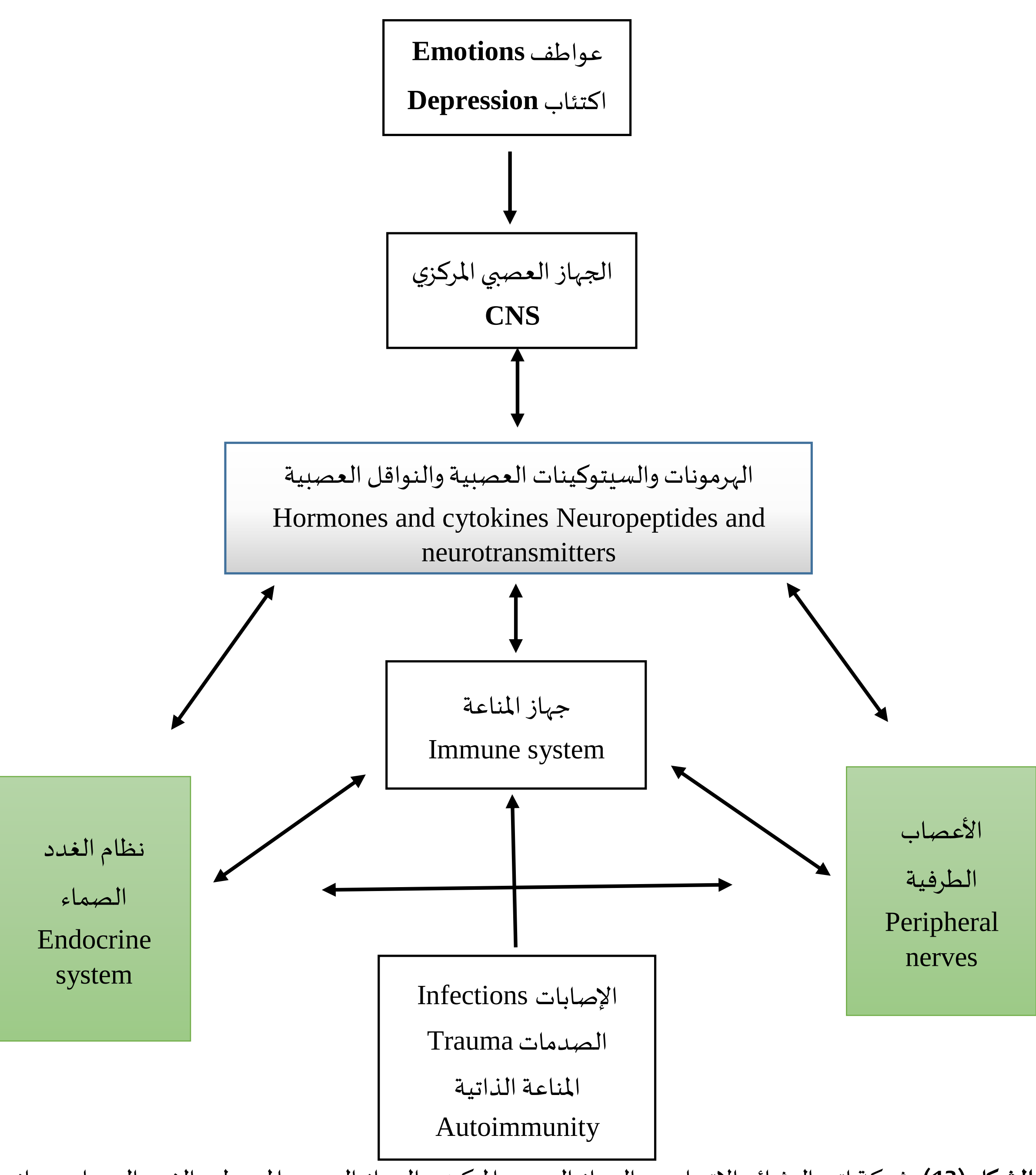
سلط الأطباء الضوء على متلازمة رد الفعل تجاه الأحداث الأكثر صدمة. السمة المركزية لها هي تجربة مكثفة من الضيق والعجز، والميل إلى تجنب المنبهات المرتبطة بالحدث الصادم ووجود أعراض تعكس نشاطًا عصبيًا نباتيًا مهمًا، وأشهرها اضطرابات النوم، والتهيج، وحتى نوبات الغضب، صعوبة التركيز واليقظة المفرطة وردود الفعل المفاجئة المبالغ فيها. عندما تفي بشروط معينة من حيث المدة والشدة، تؤدي هذه المتلازمة إلى تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ومع ذلك، يمكن أن تساهم التجارب المؤلمة أيضًا في تكوين اضطرابات نفسية أخرى يحتل فيها الاكتئاب مكانة بارزة. **(Mendlewicz, 2007, p 171)**

وبالتفكير في الحقيقة الاكتئابية فهي تأخذ الموقف النفسي المتعلق بالاكتئاب التفاعلي، الذي يعتبر عابرًا وينتج عن **عامل صدمي facteur traumatogène** أو بسبب تعب وإجهاد. **(Cyssau, 2004, p 10)**

ولقد كشفت الدراسات الوبائية الأصلية أن الاكتئاب على نطاق واسع باعتباره الاضطراب الأكثر شيوعًا مع اضطراب ما بعد الصدمة، إما على الفور أو على مدار حياة الشخص المصاب، وهذا الترابط والتداخل من ناحية أخرى يتناقض باختلاف الفرضيات والنظريات المفسرة، وفي الواقع يمكن اعتبار مرض الاكتئاب بمثابة تطور معقد من اضطراب ما بعد الصدمة. ومع ذلك يبدو أيضًا أن المرضَيْن يمكن أن يتشاركان في حتمية مشتركة، بينما النهج الأخير من شأنه أن يستنكر **عيوب التصوير nosographiques** أو **التقريبات approximations** في أصل الخلط بين الاضطرابَيْن. **(Goudemand, 2010, p 276)**

وإن مجرد الإعلان عن المرض يعد تجربة مفاجئة في بعض الأحيان وحشية ومؤلمة، وهذه التجربة المؤلمة يمكن أن تؤدي إلى حالة من الإجهاد الشديد، ويمكن حتى أن تتساوى مع الصدمة النفسية عند بعض الحالات، فكثير من المرضى في أقسام الأورام يقدمون مظاهر نفسية قوية كرد فعل على هذا الإعلان، يمكن أن تظهر في شكل أعراض إجهاد ما بعد الصدمة منها، استرجاع اللحظات المؤلمة أثناء يوم الإعلان، الكوابيس، ضعف رد الفعل، الانسحاب، الحزن، العدوانية، التهيج، انخفاض الاتصال بالعالم الخارجي، اضطرابات النوم. **(Clervoy, 2016, p 486)**

ومن الناحية الفيسيولوجية فالتفاعلات بين المشاعر والوظائف المناعية والتي بدورها في حالة تفاعل مع الجهاز العصبي المركزي والمحيطي، قد تكمن وراء القابلية الإكلينيكية المتزايدة للإصابة بالأمراض المعدية أو الأورام الخبيثة، وفي المقابل فإن الأمراض التي تنشط جهاز المناعة بشكل كبير مثل الصدمات **trauma**، والإنتان **sepsis**، واضطرابات المناعة الذاتية **autoimmune disorders**، يمكن أن تتضمن مظاهر نفسية، وهذا في إطار تأثير الاكتئاب على تطور مرض السرطان، والشكل التالي يوضح شبكة اتصال ثنائي الاتجاه بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطي والغدد الصماء وجهاز المناعة: **(Reiche, Nune, et Morimoto, 2004, p 618)**



الشكل (13): شبكة اتصال ثنائي الاتجاه بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي المحيطي والغدد الصماء وجهاز المناعة. المصدر: (Reiche, **Nune, et Morimoto**, 2004, p 618)

الفصل الثالث: الاكتئاب

من خلال ما سبق نرى أن بين الصدمة والاكتئاب تجانس وتداخل باعتبار الاكتئاب قد يكون بمثابة مرض لاحق للصدمة النفسية، ومع الأخذ بعين الاعتبار أن السرطان مرض خطير قد يربطه البعض بالموت المحتم، فمجرد ما أن يعلم الفرد إصابته به فهو بمثابة صدمة يتلاقاها تؤدي تغير في حالته النفسية وتظهر عليه أعراض إجهاد ما بعد الصدمة التي قد تتطور لتصبح مرض الاكتئاب. ومما لا شك فيه أن هذا يختلف من شخص لآخر وذلك حسب ما تم ذكره سابقا من أسباب وعوامل.

الخلاصة.

نستخلص مما سبق أن أسباب الاكتئاب تختلف من شخص لآخر وهي كثيرة ومتعددة ومن بينها الإصابة بأمراض خطيرة كالسرطان على وجه الخصوص، وكون النفس والجسد في حالة تفاعل فإن إصابة الفرد بمرض يهدد حياته من شأنه أن يدخله في صدمة واكتئاب، وسرطان الثدي من السرطانات التي تصاب بها المرأة وتسجل أعلى نسبة لمعدل الاكتئاب، وسنوضح في الفصل التالي سرطان الثدي وأهم الاضطرابات الناتجة عنه.

الفصل الرابع: سرطان الثدي

تمهيد:

منذ بداية البشرية وهي تعاني من الأمراض الفتاكة والأوبئة عبر العصور، والتي ساهمت في تغير تاريخ البشرية كالطاعون والجدري التي قتلت الملايين إلا أنها مع تطور الطب أصبحت هذه الأمراض قل ما تقتل أحدا في عصرنا الحالي.

ويشهد عصرنا الحالي العديد من الأمراض العضال التي تفتك بالبشرية كالسيدا وداء السكري ومرض السرطان الذي يعتبر مرض العصر التي وجد الطب صعوبات في إيجاد علاج له. والذي تختلف أنواعه وأعراضه فنجد سرطان القولون وسرطان الرئة وسرطان الثدي والذي يعد السرطان الأكثر انتشارا لدى النساء.

وسنحاول في فصلنا هذا التطرق إلى تعريف السرطان وتعريف سرطان الثدي وأنواعه وأعراضه والبحث عن أبرز الطرق المستخدمة في علاجه.

I. وبائيات سرطان الثدي:

1. أصل كلمة سرطان:

إن الأوصاف الأولى للسرطان تعود إلى مصر 3000 سنة قبل الميلاد وكلمة السرطان في حد ذاتها كلمة قديمة فقد استخدم هيبوقراط. (**Hippocrate**) (460-390 قبل الميلاد) مصطلح السرطان للإشارة إلى شكل من أشكال السرطان. وقد أستعمل هذا المصطلح أيضا لوصف جراد البحر والقرحة والورم ثم استخدم جالينوس (**Glien**) (200-170 قبل الميلاد) مصطلح Onocos للإشارة للكتلة أو الورم الخبيث.

ويعتقد أن شكل سرطان البحر المشابه لشكل بعض الأمراض السرطانية هو سبب تسمية السرطان بهذا الاسم ويشار إلى المختصين بالسرطان حاليا بعلماء الأورام ويستخدم مصطلح السرطان اليوم من قبل الأطباء وحتى الأشخاص خارج المجال الطبي. **(Chaumet, 2019, p 16)**

2. انتشار سرطان الثدي:

يعتبر سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات انتشارا لدى النساء، حيث تسجل المملكة المتحدة 41 ألف إصابة سنويا وأكثر من مليون إصابة سنويا ورغم أن سرطان الثدي ينتشر بكثرة لدى النساء إلا أنه يصيب حتى الرجال فبريطانيا تسجل 300 إصابة بسرطان الثدي لدى الرجال سنويا. **(دايكسون، 2013، ص 01)**

أما على المستوى العالمي فسرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان انتشارا لدى النساء تم تسجيل أكثر من 2.2 مليون حالة في عام 2020. حيث تصاب امرأة واحدة من بين كل 12 امرأة بسرطان الثدي في حياتهن. ويعتبر سرطان الثدي هو السبب الأول للوفيات الناجمة عن السرطان لدى النساء وقد توفيت بسببه 685000 امرأة تقريباً في عام 2020. تحدث معظم حالات الإصابة بسرطان الثدي والوفيات الناجمة عنه في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

وتختلف فوارق البقاء على قيد الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بين الدول متوسطة الدخل الفردي ومرتفعة الدخل ومنخفضة الدخل حيث يتجاوز معدل البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بسرطان الثدي 5 سنوات 90% في البلدان المرتفعة الدخل، في حين لا تتعدى نسبته 66% في الهند و40% في جنوب أفريقيا.

تسجل أعلى معدلات الوفيات جراء سرطان الثدي في أفريقيا وتحدث نصف الوفيات الناجمة عن سرطان الثدي في أوساط النساء دون سن الخمسين في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

يلاحظ تقدم كبير في مجال علاج سرطان الثدي منذ عام 1980؛ إذ انخفض معدل الوفيات الموحد حسب السن من جراء سرطان الثدي بنسبة 40٪ بين الثمانينات وعام 2020 في البلدان المرتفعة الدخل. وما زال يُنتظر تحقيق تحسّن مماثل في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. **(http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/breats-cancer.com)**

أما بالنسبة للوطن العربي يحتل سرطان الثدي المركز الأول في قائمة الأمراض السرطانية التي تصيب النساء. ومعظم الأرقام تعود للأعوام 2015 و2016، حيث تحتل لبنان المركز الأول للإصابة بسرطان الثدي في العالم العربي والمركز السادس عالميا فقد أشارت احصائيات الصندوق العالمي لأبحاث سرطان في المملكة المتحدة إلى إصابة 97 امرأة من 100 ألف بسرطان الثدي في لبنان. **(http://www/alaraby.co.uk.com)**

كشفت الجزائر سنة 2018 عن أرقام صادمة تتعلق بانتشار مرض السرطان في البلاد بمختلف أصنافه، حيث فاق عددهم خلال العام الحالي 42 ألف مصاب .

ووفقا للأرقام التي قدمها الملتقى السنوي الرابع "للشبكة الجزائرية لسجل السرطان"، فقد وصل عدد الجزائريين المصابين بمرض السرطان إلى 42 ألفا و800 مصاب، بزيادة سنوية قدرها 7% عن سنة 2017 وبمعدل 103 حالات لكل 100 ألف نسمة.

وكشف المختصون أن نسبة التعرض للسرطان لدى الجزائري في سن الـ70 تقدر بنسبة 14% لدى الرجل، و15% لدى المرأة، رغم أنهم يعتبرون تلك النسب بأنها "منخفضة جدا مقارنة بدول متقدمة.

واستنادا إلى معطيات قدمتها وزارة الصحة الجزائرية، فقد شهدت سنة 2018 تصدر سرطان القولون أنواع المرض للمرة الأولى عند الرجال والثانية عند النساء، بعدما كان سرطان الرئة الأكثر انتشارا في أوساط الرجال والثدي بالنسبة للنساء.

وبالنسبة لسرطان الثدي الذي أصبح كابوسا للمرأة الجزائرية وصلت عدد الإصابات بهذا المرض سنة 2018 إلى 12 ألفا و800 حالة جديدة، فقط هذه السنة، بعد أن كانت في حدود 300 حالة سنويا، عام1995.

(http://www.france24.com)

II. فيسيولوجية الثدي:

1. تعريف الثدي:

يعرف الثدي بأنه العضو الذي يميز الثدييات ويتكون أساسا من الغدة الثدية التي تسمح للنساء بإرضاع الرضع وتوجد نفس البنية لدى الجنسين في الحالات البدائية الأولى في الطفولة المبكرة.

(Trost, Trouillloud, 2020, p 222)

يلعب الثدي دورًا مهمًا في الأنوثة وفي صورة جسد المرأة. وظيفته البيولوجية هي إنتاج الحليب لتغذية الرضيع، بنية الثدي معقدة لأن الغدة الثدية تساهم في إعطاء الشكل العام للثدي تتكون من 15 الى 20 فص محدودة بنسيج دهني

ويتمثل دور الفصوص في صنع الحليب أثناء الرضاعة الطبيعية بينما يتمثل دور القنوات في نقل الحليب الى الحلمة **(mamelon l'institut national du cancer, 2007, p9**

ويعرف الثدي بأنه غدة رئيسية وظيفتها انتاج حليب الأم عند ولادة الطفل تتكون من نسيج غدي ونسيج دهني ونسيج ضام ويعتبر الثديان جزءا من الخصائص الجنسية الثانوية كونهما غير ضروريان للتكاثر، ويستند الثدي على عضلة من القفص الصدري تسمى العضلة الصدرية باعتباره خالي من العضلات وتختلف حلمتي الثدي والانسجة الدهنية والضامة* لدى النساء. **(Ligue contre cancer, p 12)**

ويعرف أيضا بأنه أحد الخصائص الجنسية الثانوية التي تميز النساء عن الرجال (كتوزيع الشعر وشكل الحوض...) ويعتبر من الخصائص الجنسية الثانوية أي أنه ليس أساسي كالمبيض أو الخصيتين لدى الرجال الذين يمتلكون بنية مماثلة لتلك الموجودة لدى النساء إلا أنها تتوقف عن النمو في مراحل بدائية. **(Martini, 2008, p 35)**

2. البنية التشريحية للثدي:

للثدي شكل شبه كروي يستقر على الوجه الأمامي أمام عضلات القفص الصدري muscles péctauraux ولديه شكل متغير وفقا للمعلومات الوراثية.

(Roux, 2013, p 12)

La structure du sein

clavicule
muscle grand pectoral
côte
graisse
muscle intercostal
aréole
mamelon
canaux
lobules

الشكل (14): يبين البنية التشريحية. للثدي.
https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein

---

* **النسيج الضام:** يعرف بالنسيج الداعم ويتألف من أنسجة شحمية وغضروف وعظام ويتكون من عددا من الخلايا تعمل على المحافظة على شكل الجسم. **(حاجوج، 2006، ص 45)**

1.2. الهالة aréole:

يحتوي الثدي على هالة في منتصفه يتراوح قطرها ما بين 30-50 ملم ذات لون بني تمتلك الهالة عدة انتفاخات صغيرة تسمى درنات (Morgagni) تتكون من غدد مشابهة للغدد العرقية والغدد الدهنية، تتمركز في وسط الهالة ما يسمى بحلمة الثدي والتي تتكون من عشرات المسامات التي تسمح بإفراز الحليب خارج الجسم وتحدث هذه العملية أثناء الرضاعة الطبيعية تحت إشراف المعلومات الوراثية*.

2.2. الغدة الثدية la glande mammaire:

غدة ذات افراز خارجي تتكون من 15-20 فص منفصلة عن بعضها البعض بفضل أنسجة ضامة سميكة وأنسجة دهنية، يتثبت النسيج الضام حول العضلة الصدرية العلوية القاعدية ويتحكم في تثبيط عمل الثدي، تتواجد الفصوص في المنطقة العميقة من الثدي، ويتصل كل فص بقناة افرازية وتعتبر القناة الإفرازية(اللبنية) والتي تشكل الجيوب اللبنية مسلك الحليب المفرز كل فص من هذه القناة ينقسم إلى فصوص متشعبة التي تنتهي بنسيج ضام والذي يكون على اتصل بحلمة الثدي، وللإشارة فإن الغدة الثدية تختلف باختلاف الحياة الجنسية للمرأة.

1.2. الحلمة mamelon:

الحلمة أسطوانية الشكل، داكنة اللون مفصولة عن الهالة بواسطة **أخدود* sillon** على سطح الحلمة، يتم ترتيب فتحات (مسام) القنوات اللبنية بطريقة محيطية.

4.2. الهرمونات الفاعلة في إفراز الحليب les hormones sécrétant du lait:

يعتبر البرولاكتين **Prolactine** الهرمون الأساسي في عملية تكوين الحليب، ينتج عن طريق الغدة النخامية حيث يقوم تحت اشراف المعلومات الوراثية بتشكيل بروتين خاص مع إضافة سكريات معقدة منتجة وحدات الحليب، يتم تحفيز هذا الهرمون بواسطة هرمون الاستراديول ويتم تثبيطه بفعل هرمون البروجسترون.

(Martinet, Houdebine, 1993, p 20-25)

* **المعلومات الوراثية:** هي المعلومات الجينية التي تخص الفرد وتميزه عن غيره وهي وسيلة بيولوجية لتحديد الفرد. **(المكاحلة، 2021، ص 21)**

* **الأخدود:** هي الشقوق التي تفصل بين إثنين من التلافيف في نفس الفص. **(Broca ,1888, p 680)**

3. رمزية الثدي عند المرأة:

لا يتم التمييز بين الذكور والإناث لدى البشر استنادا على الخصائص الجنسية الأولية فقط، بل يمكن أن يتعلق هذا التمايز بالخصائص الجنسية الثانوية كالعضلات والشعر وملامح الوجه والثدي الذي يحمل قيمة رمزية تعبر عن الأنوثة. **(Granjon, 2012, p 198)**

يعتبر ميد **Mead** (1949) أن الثدي هو المصدر الأول لتحديد الهوية الأنثوية للمرأة وهو ما أكده كل من رينكر **Renneker** وكولتر **Culter** (1952) بأن الثدي هو الرمز العاطفي لاعتزاز المرأة بالجنس الأنثوي والأمومة. فمشاعر النقص تظهر لدى النساء الذي يعانون من خطر فقدان الثدي حيث يشعرون بنقص دورهم الأنثوي.

فالثدي رغم أنه ليس مسؤول مباشر عن الوظيفة الجنسية لدى الاناث كالرحم مثلا الا أنه يعتبر رمزا لدور الأم ويسمح بتكوين إيجابي عن صورة الجسم لدى النساء.**(Colette, Michael, 2013, p 21)** ويمكن تحديد الدلالة الرمزية للثدي في وظيفتين :

1.3. الوظيفة الجنسية fonction sexuelle:

تتمثل الوظيفة الجنسية للثدي في الطابع الايحائي للأنوثة فالثدي يلعب دورا في تمييز النساء عن الرجال كونه العضو الأنثوي الذي يميز المرأة ويجعلها مثالية باعتباره معيار أساسي جمالي لدى النساء.
(Sukartini, Sari, 2021, p 368).

فالتحليل النفسي يؤكد على أن الثدي بالنسبة للمرأة يحمل شحنة انفعالية شديدة في النشاط الجنسي لدى الاناث، والخوف من فقدانه يعادل قلق الخصاء لدى الرجال كما أن الخوف من فقدانه يسبب حدوث ضعف نرجسي. **(نجادي، 2009-2010، ص. ص 15-16)**

1.3. صورة الجسد l'image corporelle:

يمتلك ثدي المرأة بالنسبة لها تأثير كبير على صورة الجسد حيث ان تهديد فقدانه يمكن ان يسبب مشكلات نفسية واجتماعية فالتغير المحتمل لشكل الثدي يغير من الصورة الذهنية التي تملكها المرأة عن جسدها.

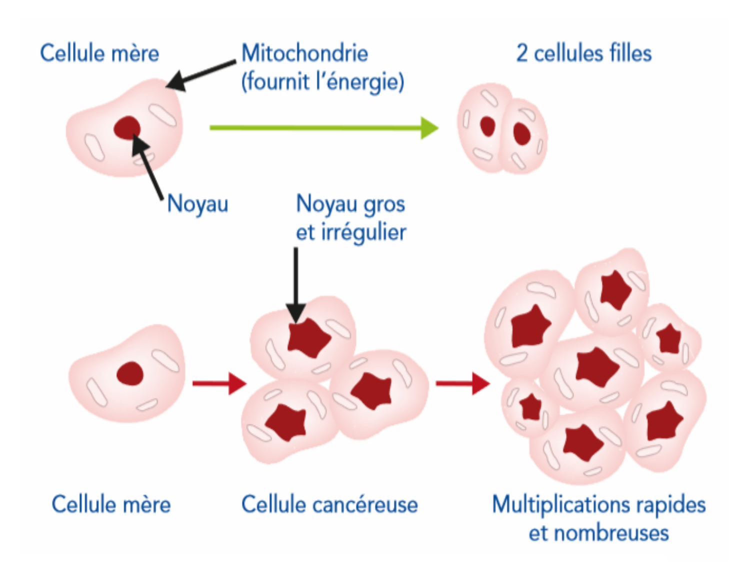
ومن هذه المظاهر عن صورة الجسد السيئة للمرأة نجد عدم الرضا عن المظهر، وفقدان التصور نحو الأنوثة وعدم الرغبة في النظر الى الثدي والشعور بكونها أقل جاذبية. **(Kousan, Gursoy, 2016, p. p 145-146)**

III. سرطان الثدي.

1. تعريف السرطان:

هو تعبير عن مجموعة كبيرة من الأمراض تتميز بالنمو الفوضوي غير المنضبط للخلايا التي تكون أنسجة الجسم وتبدل نفسها في نظام متناسق حيث تعيد تجديد الخلايا بشكل يتناسب مع حاجة النمو.

وعندما تتم عملية النمو هذه لا يمكن السيطرة علها فان الخلية الواحدة تنقسم إلى خليتين وتلك الخليتين تنقسمان إلى أربعة خلايا وهكذا يصبح نمو الخلايا مفرط وكبير.



الشكل (15): يبين الانقسام الخلوي لخلية عادية ولخلية سرطانية.
https://www.reflexions.uliege.be/cms/c_409339/fr/le-cancer-une-maladie-du-siecle-souvent-imputable-a-notre-mode-de-vie

وبتطور نمو مجموعات من الخلايا غير الطبيعية تتحول إلى أورام تغزو الأنسجة والأعضاء المحيطة بها وبذلك تحل محل الأنسجة الطبيعية وتدمرها بواسطة عملية تسمى بالنمو الإنثباتي أي انتقال الدم من مركزه الأساسي الى مراكز أخرى في الجسم، ويمكن للخلايا ان تنتقل من خلايا الدم أو الجهاز الليمفاوي* لتشكيل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء الجسم. **(كتكت، 2008، ص 17)**

السرطان هو داء يصيب مورثات الخلية وهو ما يؤكد على أنه مرض وراثي ولا يبدأ دفعة واحدة بل يحتاج الى مدة طويلة وربما سنوات.

هو مصطلح يطلق على الأورام الخبيثة من خلال التكاثر غير المنظم للخلايا غير طبيعية في منطقة معينة من الجسم، ويطلق على الورم الأول نقطة نشأة السرطان حسب الأعضاء الذي قد يستهدفها ويمكن أن يعود السرطان من جديد بعد الاستئصال في العديد من أعضاء الجسم مكونا بذلك الأورام الثانوية. **(عروج، 2016-2017، ص 97).**

جميع الأمراض التي تتميز بالتكاثر والانتشار غير المنضبط للخلايا غير الطبيعية، وينتج هذا التكاثر عن طريق التحول عبر الطفرة* أو عدم الاستقرار الجيني (تشوهات خلوية وراثية) لخلية طبيعية في البداية.

* **الجهاز اللمفاوي:** هو مجموعة من القنوات التي تحتوي على اللمف، يساهم في تكوين الغدد اللمفاوية كالأوعية والشبكات والغدد اللمفاوية ويمتلك أهمية بالغة كونه جزء من الجهاز المناعي. **(Velpeau et Béraud, 1862, p 125)**

* **الطفرة:** هي حدوث تغير جيني دائم في بنية المادة الوراثية (ADN) نتيجة العديد من العوامل كالإشعاع وقد يكون هذا التغير ضارا أو نافع. **(اللودعي، 2011، ص 47)**

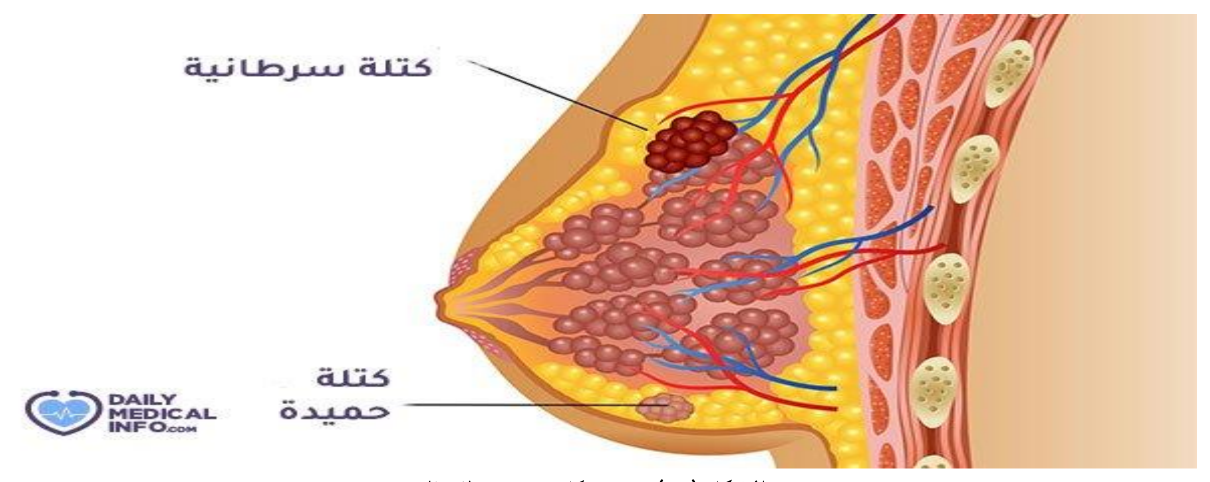
يمكن أن يؤدي هذا التكاثر السريع للخلايا غير الطبيعية التي تنتشر خارج حدود المعتاد إلى غزو الأعضاء الأخرى وتشكيل نواقل الخلايا السرطانية وعليه فالورم عبارة عن كتلة خلوية يمكن أن تكون خبيثة أو حميدة اعتمادا على قدرتها على الانتشار فالورم الخبيث يدمر الأنسجة الموجودة مسبقا ويؤدي إلى الانبثاث (انتشار الورم في أجزاء مختلفة من الجسم). **(Naudin et autres, 2016, p 441)**

2. تعريف سرطان الثدي:

هو أكثر أنواع السرطانات شيوعا لدى النساء ينتج عن اضطراب بعض الخلايا التي تتكاثر لتشكل ورما.

(Muller, Gassier, 2021, p 231)

نوع من أنواع السرطانات يصيب أنسجة الثدي والأنسجة المحيطة به وعضلات الصدر التي تصل الثدي بالضلوع، وكذلك العقد اللمفاوية في منطقة ما تحت الذراع، ويصيب كلا من الرجال والنساء على حد سواء لكن يصيب النساء بشكل أكبر وإذا تم اكتشافه في مرحلة مبكرة فإن العلاج يكون فعالا إلى حد بعيد. **(منصور، 2010، ص 444)**



الشكل (16): يبين شكل حبة سرطان الثدي.

https://studylibfr.com/doc/4629767/du-canal-normal-au-cancer---programme-qu

3. الشخصية والسرطان:

لعلّ أبرز ما كتب عن العلاقة بين الشخصية والسرطان هو ما أوضحه السيكولوجي الانجليزي "**ه. ج. آيزنك H. J. Eysenck1996** " في كتابه بعنوان "**الشخصية والسرطان Personality and Cancer**"، حيث ناقش فيه احتمالية وجود علاقة سببية causal أو ارتباطية correlational وذلك على إثر مجموعة من الدراسات، ولخص آيزنك نتائج الدراسات التي قام بتحليلها موضحا مجموعة من النقاط كما يلي:

- ✓ تأثير استراتيجيات التعايش والسمات الشخصية على جهاز المناعة إذا ما تعرض الفرد لأحداث شديدة.
- ✓ تؤثر الانفعالات الشديدة والضغوط على جهاز المناعة، مما يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض الفيزيولوجية.
- ✓ ترتبط كل من الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاضطرابات العقلية ايجابيا باضطراب جهاز المناعة.
- ✓ ترتبط الخبرات السلوكية التي تشمل الضغوط باحتمال إصابة الفرد باضطراب في جهاز المناعة.
- ✓ تؤثر الخبرات التي تشمل على الأحداث الضاغطة على الجهاز العصبي المركزي، وهي تؤثر بدورها في جهاز المناعة عند الإنسان.
- ✓ تتأثر الهرمونات بالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي مما يؤثر على جهاز المناعة.
- ✓ تؤثر التغيرات الكيميائية الحيوية التي تتوسط الأحداث والتغيرات في الجهاز العصبي المركزي على جهاز المناعة.
- ✓ يزيد العلاج النفسي والاسترخاء والتنويم المغناطيسي من قدرة جهاز المناعة. **(معمرية، 2007، ص 134)**

ولفترة طويلة في ظل عدم وجود علاجات فعالة، اعتقد الأطباء ثم الاتجاه السيكوسوماتي بأكمله أنهم يستطيعون إثبات وجود عوامل نفسية تعمل بشكل مباشر لصالح السرطان، وكان يتم التحدث باستمرار عن التوتر، والحداد، والاكتئاب. أما اليوم فمن المعلوم أنه لا توجد صلة مباشرة بين الشخصية والسرطان هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى لا لا يمكن إنكار الحديث عن العوامل النفسية التي تؤدي إلى الإصابة بالسرطان "هذه غير مباشرة"، لكنها تعرقل الفحص وتقلل من الأعراض وتساهم في عدم كفاية العلاج. وبالإضافة إلى ذلك فإن القلق المزمن وعدم الرضا الذي يؤدي إلى كبت المشاعر وإنكار الوفيات يمكن أن يقلل من الرعاية الذاتية، ويمكن أن تصبح مواجهة الحقائق الصعبة للحياة مستحيلة بدون مساعدة سيجارة أو كحول (قلة الاهتمام بالنظام الغذائي ونمط الحياة المستقرة). أما بالنسبة للبعض هذا التخلي عن حركة الوجود سينتج عنه الخوف ثم رفض الفحوصات التي كان من الممكن أن تنقذ حياتهم. ومن آثار السرطان على النفس (الحزن، الشعور بفقدان الأمل واستحالة المساعدة) مع سبب السرطان. **(Bacqué, Baillet, 2009, p 11)**

IV. أعراض سرطان الثدي:

1. ظهور الكتل في الثدي يعد العلامة الأولى لظهور السرطان ويوجد نوعين الكتل:

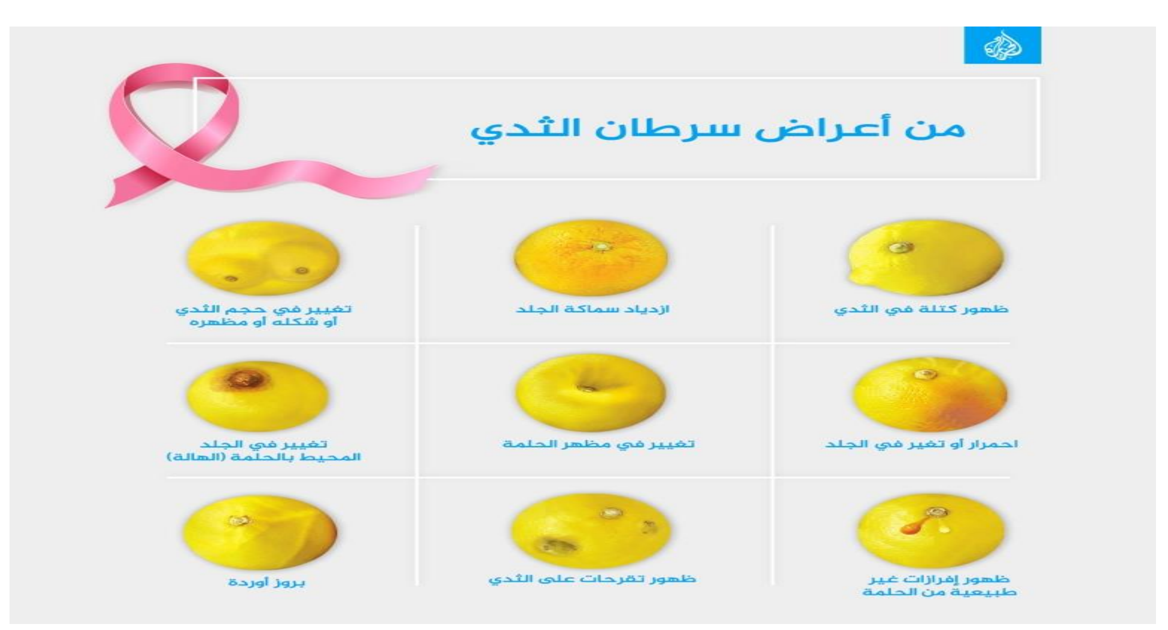
1.1. كتل سرطانية masses cancéreuses:

والتي غالبا ما تكون صلبة وغير متحركة تنمو ببطء ويكبر حجمها ما يمكن أن يجعلها تسبب تغيرا في شكل الثدي.

2.1. كتل حميدة masses bénignes:

والتي غالبا ما تكون مؤلمة ولينة تتحرك بسهولة تحت الأصابع ومن الأسباب الشائعة لظهور الكتل الحميدة، الأورام الغدية الليفية والأكياس. **(ديكسون،2013، ص 13)**

- تغير في شكل وحجم الثدي (كبر حجم أحدهما مقارنة بالأخر).
- تغير في شكل الحلمة فقد تبرز أكثر من الطبيعي أو حولها طفح جلدي أو افرازات غريبة تخرج من الحلمة.
- انتفاخات في منطقة تحت الإبط.
- تغضن الجلد حول الثدي.
- ألم مستمر في أحد الأجزاء دون الأجزاء الأخرى. **(ثابت،2017، ص. ص 52-53)**
- إفرازات قد تكون دموية أو غير دموية من الحلمة.
- الشعور بتغيرات في الحلمة أو الجلد من المظهر أو الإحساس. **(الموصلي، والحيالي، 2016، ص 125)**



الشكل (17): يبين أعراض سرطان الثدي.

https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2021/10/7

.7 عوامل الخطر للإصابة بسرطان الثدي:

لم يتمكن العلماء من تحديد أسباب الإصابة بسرطان الثدي لكن توجد مجموعة من العوامل يمكن أن تؤدي إلى الزيادة من الاستعداد للإصابة بسرطان الثدي تتمثل أبرزها فيما يلي:

1. السن l’âge:

يزداد انتشار سرطان الثدي لدى النساء الذين يصلن إلى سن اليأس في حين نشاهده بدرجة أقل بصفة ملحوظة لدى النساء الأقل من 45 عاما. **(Marzena & al, 2015, p 197)**

2. الرضاعة allaitement maternel:

رغم أن دور الرضاعة في الحماية من السرطان لا يزال غير واضح إلا أن هناك بعض الأدلة تشير بالفعل إلى أنها قد تخفف بالفعل من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

3. الوزن le poids:

إن ارتفاع مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد عن 30 من خطر الإصابة بسرطان الثدي بحوالي 50% مقارنة بالنساء الذين يمتعن بمؤشر كتلة جسم طبيعي 25 أو أقل. **(ماكغريغر، 2014، ص 63)**

4. الدهون الغذائية graisse alimentaire:

أظهر دراسات جمعيات السرطان الدولية انخفاض معدلات الإصابة بسرطان الثدي في الدول التي يقل فيها استهلاك الدهون ففي الولايات المتحدة الأمريكية والتي تعتبر إحدى أكثر الدول استهلاكا للدهون وهكذا فقد أوصت الأكاديمية الوطنية للعلوم بخفض مستوى الدهون كطريقة للوقاية من سرطان الثدي. **(محمد، 2020، ص 22)** وتلعب عادة السكان دورا مهما في نسبة حدوث السرطان ففي البلدان النامية تشكل النشويات نسبة 8% من المواد الغذائية المسببة للطاقة الحرارية في حين تشكل نسبة الدهون 30 % لهذا نلاحظ أن نسبة سرطان الثدي تقل في البلدان النامية مقارنة بالدول الصناعية. **(جندل، 1971، ص 68)**

5. الوراثة la génétique:

رغم أن أغلب السرطانات تحدث بشكل غير وراثي لكن 10% من الحالات يسري سرطان الثدي في العائلات ويسمى في هذه الحالة سرطان الثدي التوارثي وعموما هناك احتمال أن تصاب سيدة واحدة بين 100 سيدة بسرطان الثدي التوارثي.

فإذا تم التعرف على الجين المسبب للمرض بدقة عن طريق تتبع أنماط ظهوره في العائلة يسمى المرض توارثي أما إذا لم يتمكن من تتبع الجين بسهولة فيسمى سرطان الثدي العائلي.

ولا يمكن أن يرث كل أفراد العائلة نفس الجين المسبب للمرض على اعتبار أننا نرث نسختين من كل جين نسخة من كل من الأبوين. **(ثابت،2017، ص. ص 41-42)**

6. العلاج السابق لسرطان الثدي traitement antérieur du cancer du sein:

إن النساء اللواتي يتعرضن للإصابة بسرطان الثدي في ثدي واحد يكُنّ أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي في الثدي الأخر بمعدل من 4-6 بالألف. **(ديكسون،2013، ص11)**

7. التاريخ العائلي Histoire de famille:

إن للتاريخ العائلي دور في حدوث سرطان الثدي حيث أن ربع جميع حالات سرطان الثدي ترتبط بالتاريخ العائلي فالنساء اللواتي يمتلكن أمهات أو أخوات مصابات بسرطان الثدي، معرضات للإصابة بهذا المرض. ففي دراسة جماعية لأكثر من 113000 امرأة في المملكة المتحدة أظهر أن النساء اللواتي لديهن أقارب المصابون بسرطان الثدي لديهم مخاطر أعلى بمقدار 1.75 ضعف للإصابة بهذا المرض. **(Mitola, 2015, p 197)**

8. الحيض المبكر وانقطاع الطمث المتأخر Menstruations précoces et ménopause retardée:

يعتبر الطمث أول نزيف حيض للمرأة، في حين أن فترة توقف الطمث هي الفترة التي يتوقف فيها المبيض عن انتاج الهرمونات التناسلية. خلال هذه الفترة تزداد احتمالية خطر الإصابة بسرطان الثدي، نتيجة انقسام الخلايا الثدية، مدفوعة بالتعرض للأستروجين والبروجسترون خلال الطور الأصفري (مرحلة متأخرة في الدورة الشهرية).
(Rodrigues, 2019, p 221)

9. الجنس sexe:

يعتبر الجنس العامل الأساسي لخطر الإصابة يسرطان الثدي رغم أنه يمكن أن يصاب الرجال بسرطان الثدي أيضا إلا أنه أكثر شيوعا عند النساء. **(American Cancer society ,2021, p 02)**

10. نمط الحياة mode de vie:

تلعب أنماط الحياة الحديثة كسلوكيات الإفراط في تناول الكحول والكثير من الدهون الغذائية والتدخين دورا في زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي فيمكن أن يرفع استهلاك الكحول مستوى الاستروجين المرتبط بهرمونات في الدم.

فقد أشارت دراسة **تلوي Tloy** الوبائية إلى أن تناول 35-44 جرامًا من الكحول يوميًا يمكن أن يزيد من خطر الإصابة

بسرطان الثدي بنسبة 32% مع زيادة بنسبة 1,7% لكل 10 جرامات إضافية من الكحول يوميا. **(Sun & al, 2017, p1391)**

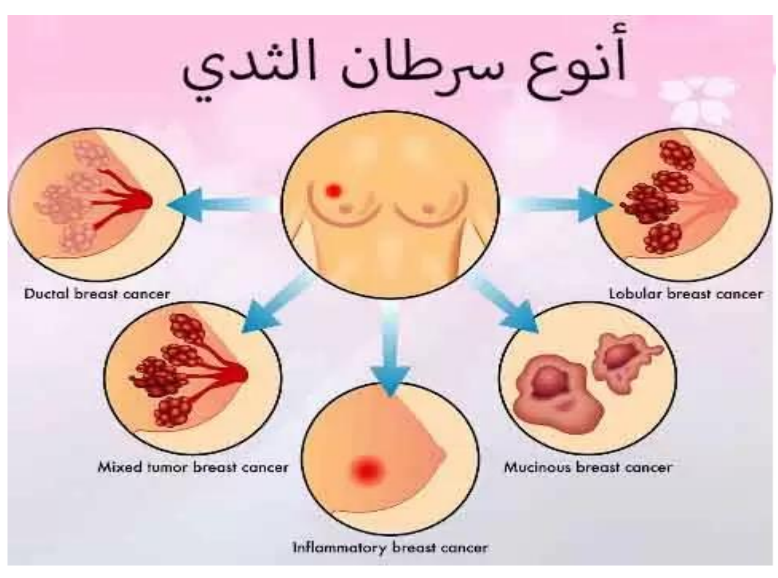
الجدول (05): يوضح عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي والمخاطر النسبية له.

عامل الخطر	المخاطر النسبية %
أي مرض حميد في الثدي	1,5
العلاج بالهرمونات البديلة بعد انقطاع الطمث (الإستروجين مع أو بدون البروجيستيرون)	1,5
الفترة الأولى من العمر أقل من 12 سنة	1,1-1,9
استهلاك معتدل للكحول (من 2 إلى 3 كؤوس في اليوم)	1,1-1,9
سن اليأس عند > 55 سنة	1,1-1,9
زيادة سمك العظام	1,1-1,9
الخمول وقلة ممارسة الرياضة	1,1-1,9
مرض الثدي التكاثري غير النمطي	2
العمر عند الولادة الأولى > 30 سنة أو قريب منه	2-4
قريب من الدرجة الأولى مصاب بسرطان الثدي	2-4
السمنة بعد انقطاع الطمث	2-4
الطبقة الاجتماعية والاقتصادية العالية	2-4
التاريخ الشخصي للإصابة بسرطان بطانة الرحم أو المبيض	2-4
تعرض الثدي لإشعاع كبير	2-4
زيادة كثافة الثدي في التصوير الشعاعي	2-4
التقدم في السن	4 <
التاريخ الشخصي لسرطان الثدي (الموضعي أو الغازي)	4 <
مرض الثدي التكاثري غير النمطي	4 <
اثنان من الأقارب من الدرجة الأولى مصابون بالسرطان	5
تضخم غير نمطي للثدي وقريب من الدرجة الأولى مصاب بسرطان الثدي	10

المصدر: **(Davidson, 2013, p 260)**

VI. أنواع سرطان الثدي:

يتم تصنيف سرطان الثدي وفقا للمظهر الخارجي للخلايا السرطانية ومدى اجتياح السرطان للنسيج المحيط، **(الموصلي، والحيالي، 2016، ص 141)** ومن أكثر أنواع سرطان الثدي شيوعا نجد:



الشكل (18): يبين أنواع سرطان الثدي.
https://atlas-know.com

1. سرطان الثدي الالتهابي



cancer du sein :inflammatoire

هو نوع نادر وسريع النمو ويطلق عليه التهابي لأن جلد الثدي عادة ما يكون أحمر وملتهب ويحدث هذا الاحمرار بسبب

خلايا سرطان الثدي التي تسد القنوات اللمفاوية الدقيقة في جلد الثدي. وتتمثل أعراضه في:

- تغير لون جلد الثدي أو ظهور كدمات أو سماكة في الجلد.
- زيادة حجم الثدي.
- ألم الثدي.
- حكة مستمرة في الثدي.
- تبدو الحلمة مشدودة نحو الداخل. **(Breast Cancer Now, 2020, p. p 4-5)**

2. السرطان القنوي الموضعي (DSIC):

إنه أكثر الأنواع شيوعا في سرطان الثدي غير التوسعي فالخلايا الشاذة لا تنتشر خارج جدران القنوات لتصل إلى النسيج الضام أو الدهني في الثدي، لكن عدم استئصال هذه الخلايا يمكن أن يحولها إلى سرطان توسعي قادر على الانتشار.

3. السرطان الفصيصي الموضعي (LSIC):

في هذا النوع لا تنتشر إلى الفصوص ولا تتحول عادة إلى سرطان توسعي، لهذا لا يعتبر السرطان الفصيصي سرطانا حقيقيا، لكن النساء المصابات بسرطان الثدي التوسعي الفصيصي يعتبرن أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي لاحقا ولهذا يعتبر سرطان الثدي مؤشرا لخطر التعرض لسرطان الثدي. **(الموصلي، الحيالي، 2016، ص 141)**

4. سرطان القنوات الغازي (ILC)

يعتبر أكثر أنواع سرطانات الثدي انتشارا حيث يمثل 80% من التشخيصات، تبدأ الخلايا السرطانية في النمو داخل القنوات اللبنية الانتشار ثم يغزو الأنسجة الدهنية للثدي وربما حتى مناطق أخرى من الجسم عن طريق جدار القناة. **(Nguyen, 2015, p215)**

5. سرطان الثدي الثلاثي السلبي (TNBC)

يعرف بهذا الاسم بسبب سلبية (افتقار) الخلايا السرطانية لهرمون الأستروجين، والبروجيستيرون ونقص انتاج هرمون HER2، ويعتبر من أخطر أنواع السرطانات ويرتبط كثيرا بخطر الوفاة.

يتنشر في أغلب الأحيان لدى النساء أقل من 50 عاما ويعتبر أكثر شيوعا عند النساء المنحدرات من أصول افريقية. **(Diéras et autres, 2010, p 394)**

6. مرض باجيت maladie de paget:

ويعتبر من السرطانات غير الشائعة فأقل 5% من مرضى سرطانات الثدي مصابات بمرض باجيت، ويصيب حتى الرجال.

ويصيب هذا المرض حلمة الثدي وتنمو الخلايا السرطانية من نهاية القنوات اللبنية إلى جلد الحلمة.

وعند الإصابة بمرض باجيت يظهر تحرشف في الحلمة وتعاني نصف المصابات بمرض باجيت من وجود كتلة تحت الجلد. **(دايكسون، 2013، ص 85)**

7. الساركوما الوعائية للثدي Les sarcomes des viscères et des tissus a du sein:

هي أورام نادرة تظهر في الأنسجة الداعمة كالعضلات والأنسجة الدهنية والغضاريف والأوعية الدموية أو الأعصاب. **(Fondation arc pour la recherche sur le cancer, 2015, p08)**

يوجد نوعان من الساركوما الوعائية للثدي هما:

1.7. الساركوما الوعائية الأولية للثدي:

وتخص النساء اللواتي لم يخضعن لعلاج سرطان الثدي، وتشمل الساركوما الوعائية، الساركوما الليفية، الساركوما الدهنية والساركوما الغضروفية ... وتبقى الساركوما الوعائية هي النوع الأكثر شيوعا.

2.7. الساركوما الوعائية الثانوية للثدي:

ويعتبر النوع الثانوي الأكثر شيوعا من ساركوما الثدي خاصة الساركوما الوعائية الثانوية ويحدث هذا النوع عند النساء اللواتي سبق لهن التعرض لعلاج الاشعاعي لسرطان الثدي.**(Parker, 2018, p 870)**

8. سرطان الثدي لدى الذكور:

يعتبر سرطان الثدي لدى الذكور مرض نادرا، لكن وجوده لم يعد مشكوك فيه، لأننا وجدناه منذ وقت طويل في أعمال **ليدرن(Leadren)** الذي يقول في كتابه "**Mémoire sur le cancer**": "نرى عدد قليل من الرجال يتعرضن للإصابة بسرطان الثدي لكننا نشاهد العديد من النساء مصابات به"**(Horteloup, 1872, p 65)**

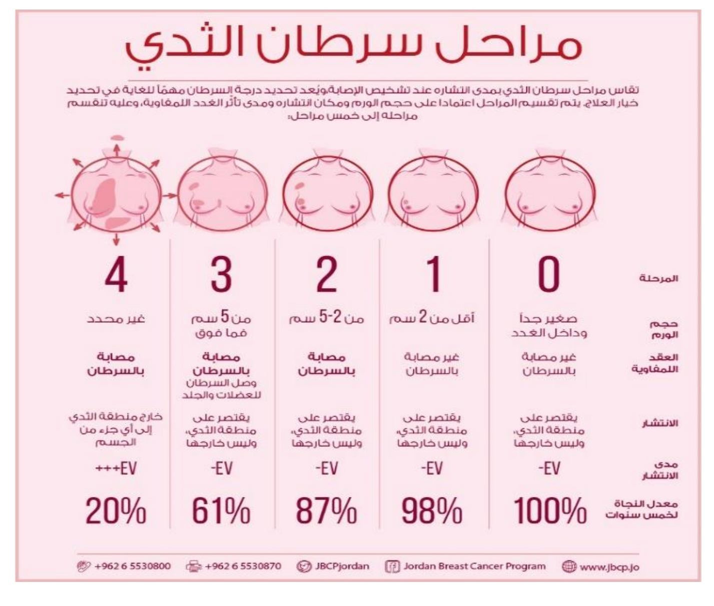
وتشكل سرطانات الثدي لدى من 1-2 % وخصائص سرطانات الثدي عند الرجال لا تختلف كثيرا عن خصائص السرطان الموجودة عند النساء، لكن غالبا ما يكون هناك غزو للعضلات بسبب صغر حجم الثدي عند الرجال.

(Saglier, 2005, p 179)

VII. مراحل سرطان الثدي: لسرطان الثدي خمسة مراحل حسب خطورته هي:

1. المرحلة الصفرية stade 0:

السرطان في هذه المرحلة لا يكاد يكون سرطانا حقا بل يعتبر عرضا على حالة شاذة تنذر بأنها ستكون خبيثة، فالمرحلة الصفرية هي المرحلة الاستثنائية التي يؤدي فيها العلاج الى الشفاء ولو أن الأطباء يفضلون عدم استعمال عبارة الشفاء اذ يندر أن يقال لمريض أنك شفيت من السرطان بل يقال إنها خالية من السرطان. **(ليبي، 2017، ص 37)**



الشكل (19): يبين مراحل سرطان الثدي.

http://www.jbcp.jo/ar/understandingbreastcancer/33

2. المرحلة الأولى stade 1:

وتعتبر هي أيضا مرحلة مبكرة ويشترط وجود شرطين لتصنيف السرطان في المرحلة الأولى:

- أن يكون عرض السرطان أقل من سنتمترين.
- انحصار السرطان في الثدي وعدم انتشاره الى أجزاء أخرى في الجسم كالغدد اللمفاوية. **(دايكسون، 2013، ص 82)**

3. **المرحلة الثانية stade 2:**

تعد هذه المرحلة أيضا مبكرة بالنسبة لمرضى سرطان الثدي، حيث أن معدل نجاة المرضى المصابات بسرطان الثدي في المرحلة الثانية أكبر من 70 %. وفي هذه المرحلة ينتشر الورم إلى الغدد اللمفاوية ويبلغ عرض الورم من 2.1الى 5 سم. لكن المرضى المتعالجين من سرطان الثدي في المرحلة الثانية يواجهون خطر الإصابة بسرطان الثدي ثانية.

وتقدر نسبة تكرار حدوث سرطان الثدي خلال 20 سنة في هذه المرحلة ب:

- 33% بالنسبة للأورام التي يكون عرضها من 2.1 الى 3 سم.
- 44% بالنسبة للأورام التي يكون عرضها من 3.1 الى 5 سم. **(Kelly, 2021, p 320)**

4. **المرحلة الثالثة stade 3:** وخلال هذه المرحلة ينتشر السرطان إلى:

- البشرة المحيطية بالثدي.
- منطقة العقد اللمفاوية*.
- جدار الصدر. **(دايكسون، 2013، ص 83)**

وتنقسم المرحلة الثالثة بحد ذاتها إلى 3 مراحل هي:

1.4. المرحلة الثالثة A:

خلال هذه المرحلة ينتشر الورم في 4إلى 9 غدد لمفاوية تحت إبطيه وينتشر بسرعة في الغدد اللمفاوية للثدي ويمكن أن يكون بأي حجم.

لكن عند انتشار المرض في أقل من ثلاث غدد لمفاوية تحت إبطيه أو عند انتشاره إلى عظام الصدر يشترط أن يصل حجمه بالعرض إلى 5 سم. **(Ballas & al, 2022, p16)**

2.4. المرحلة الثالثة B: وخلال هذه المرحلة يجب:

- نمو الورم في البشرة التي تغطي الثدي ما قد يؤدي الى تقرحات أو نزيف.
- أن يشمل نمو الورم جدار القفص الصدري.
- انتشار الورم الى العقد الثدية الداخلية.
- الإصابة بسرطان ثدي التهابي. **(دايكسون، 2013، ص 83)**

---

* **العقد اللمفاوية:** عقد صغيرة على شكل حبة فاصولياء تتواجد على قنوات الجهاز اللمفاوي تحتوي على خلايا تخارب البكتيريا وقد تتعرض للإصابة بالخلايا السرطانية. **(ديكسون ،2013، ص 196)**

3.4. المرحلة الثالثة C:

خلال هذه المرحلة يصل الصدد الى الغدد اللمفاوية العشر الأخيرة، أو الى الغدد اللمفاوية القريبة من الترقوة أو العقد الداخلية للثدي.(Ballas & al, 2022, p16)

5. المرحلة الرابعة stade 4:

تعد المرحلة الرابعة هي المرحلة الأخيرة في سرطان الثدي وخلالها يكون السرطان قد انتشر ووصل إلى أجزاء بعيدة في الجسم، فسرطان الثدي إذا تحول الى سرطان نقيلي **métastasais***قد يصل إلى أي مكان حتى العظام والرئة والكبد. **(ليهي، 2017، ص 39)**

VII. طرق تشخيص سرطان الثدي:

1. الفحص الذاتي للثدي Auto-examen de sein:

إن القيام بالممارسة الذاتية لفحص الثدي من أجل اكتشاف التغيرات التي يمكن أن تحدث في أنسجة الثدي وفي العادة يتم فحص الثدي عن طريق اللمس بمعدل مرة في كل شهر. وقد يساعد الفحص الذاتي للثدي (BSE) على زيادة إمكانية الكشف عن الأورام وتتضمن الممارسة الصحيحة في الفحص الذاتي، التأكد من جميع أنسجة الثدي، بما في ذلك حلمة الثدي ومنطقة تحت الإبطين، وعلى الرغم من أهمية الفحص الذاتي في الكشف عن السرطان عموماً. **(تايلور، 2008، ص 185)**

1.1. كيفية الفحص الذاتي للثدي:

إن أفضل وقت لإجراء الفحص الذاتي للثدي يكون بعد اليوم الرابع من الدورة الشهرية (أين يكون الثدي أصغر وأقل اقتحانا) أما بالنسبة للنساء اللواتي هن في سن اليأس يمكن أن تختار تاريخا دوريا لإجراء الفحص. **(عزاوي، 2021، ص 05)**

2. الفحص الاكلينيكي للثدي examen clinique de sein:

يسعى الفحص الإكلينيكي للثدي إلى اكتشاف تشوهات الثدي وتقييم تقارير أعراض المريض وهو ما يسمح بالعلاج المبكر.

(Osuch & al, 2004, p 327) ويكون من خلال :

1.2. الفحص البدني examen physique: الذي يتم خلاله ملاحظة:

- **حجم الورم**: وهنا يطلب الطبيب من المريض الاستلقاء على ظهرها ورفع ذراعها حتى يتسنى له تقييم حجمه.

---

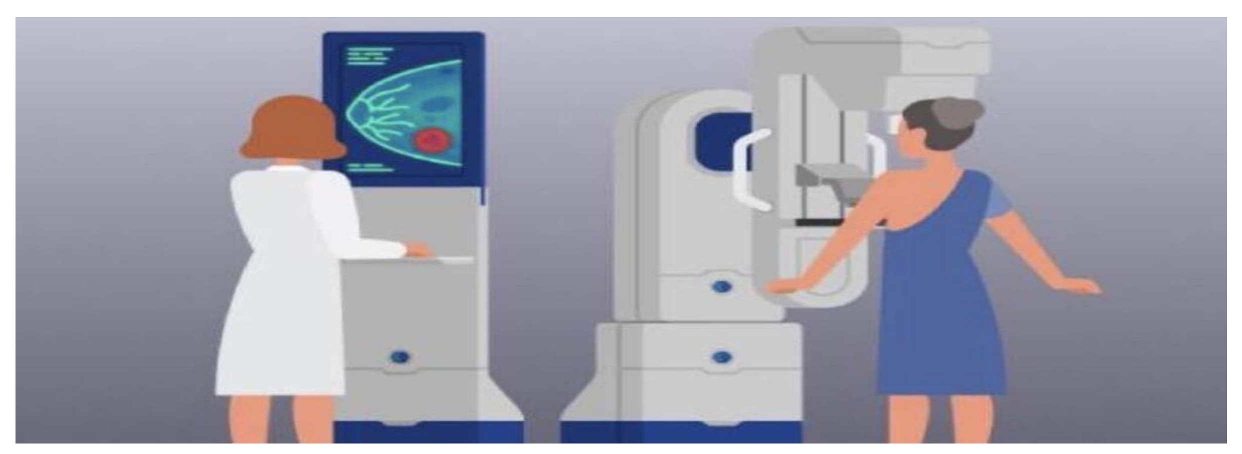
* **سرطان نقيلي: انتشار السرطان من موضعه الأصلي على مناطق أخرى في الجسم. (ديكسون ،2013، ص 196)**

- **حركية الورم:** وهنا يقوم الطبيب بفحص ما إذا كان الورم يتحرك تحت الجلد أو متصل بجدار الصدر حتى الجلد.
- **موقع الورم:** ويعتبر تحديد موقع الورم ضروري للطبيب.
- **مظهر الجلد:** في بعض الأحيان يحدث تغير في مظهر الجلد حيث يمكن أن يكون أحمرا أو متقرحا أو منتفخا.
- **شكل الحلمة والهالة:** وهنا يقوم الطبيب بفحص دقيق للهالة والحلمة حيث يبحث عن وجود التشوه أو التراجع وحتى التقرح فيهما، وقد تكون هذه التغيرات مصحوبة بإفرازات من الحلمة.
- **ملامسة الغدد اللمفاوية:** يرتبط سرطان الثدي أيضًا في بعض الأحيان بزيادة في حجم العقد الموجودة في محيط الثدي وهنا يبحث الطبيب بشكل منهجي عن العقد غير الطبيعية من خلال تحسس الأماكن المختلفة التي يمكن العثور عليها خاصة في الإبط. **(L'institut national du cancer, 2007, p. p 22-23)**

2.2. الفحص الشعاعي mammographie:

عندما يتم اكتشاف شذوذ من خلال الفحص البدني يتم استعمال التصوير الشعاعي للثدي بشكل منهجي. في بعض الحالات فالتصوير الشعاعي للثدي عبارة عن تصوير مقطعي*. يتيح إعادة بناء صورة للثدي عن طريق التقاط صور ثلاثية الأبعاد من زوايا مختلفة يكون خلاله المريض بسرطان الثدي مثبتا ويقف عاري الصدر في حجرة الأشعة.

يتم التقاط صور بالأشعة السينية* (أشعة X) لكل ثدي حيث يوضع الثدي بين لوحين. ويتم أخذ حقنتين لكل ثدي، واحدة من الأمام والأخرى من الجانب ويستمر الاختبار ما بين 5 إلى 10 دقائق ثم يدرس اختصاصي الأشعة كل صورة وإذا تم تحديد الشذوذ يتم وصف المزيد من الفحوصات. **(ARC, 2020, p. p 18-19)**



الشكل (20): صورة تبين أشعة الماموغرام –الفحص الدوري للثدي-
https://tebelyoum.net/7417/6-signs-need-medical-examination-cancer-breast

---

* التصوير **المقطعي:** نوع من الصور السينية يستخدم خلالها الحاسوب لإنتاج صور مفصلة تفيد في تحديد وجود السرطان. **(ديكسون، 2013، ص 196)**

* **الأشعة السينية:** أشعة ذات طاقة عالية تستخدم بجرعات قليلة أثناء تشخيص السرطان وجرعات كبيرة أثناء العلاج. **(ديكسون ،2013، ص 200)**

3.2. الموجات فوق الصوتية L'échographie

الموجات فوق الصوتية للثدي هو فحص يستخدم الموجات فوق الصوتية لإنتاج الصور من داخل الثدي. يتم إجراء هذا الفحص من قبل أخصائي الأشعة. ويعتبر مفيد جدا لمعرفة طبيعة العقد التي تم اكتشافها في الفحص الشعاعي بالأشعة السينية.

ويعتبر فحص تكميلي للفحص الشعاعي ولم يثبت فعاليته بالنسبة للمراهقات لكنه يعتبر مرجعي بالنسبة للنساء المسنات لأنه يوفر صورا فورية تسمح بالمقارنة بين ما تحس به أثناء الجس وبين ما يراه الطبيب على الشاشة.

ومن مميزاته أنه لا يستخدم الأشعة X وغير مؤلم ويمكن اجراءه في أي يوم من أيام الدورة الشهرية ولا يفترض أن تكون المريضة على معدة فارغة. **(Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, 2002, p02)**

4.2. استخراج عينة من خلايا الثدي للاختبار (خزعة): ويوجد طريقتين لاستخراج عينة من الثدي:

✓ **أخذ خزعة* من الورم:**

وتتم عن طريق ادخال ابرة في الثدي للحصول على عينة منه، ويستخدم المخدر قبل ادخال الإبرة للحد من الألم.

✓ **شفط الخلايا بالإبرة الدقيقة (FNA):** هي عملية أخذ سائل أو خلايا من الورم بواسطة إبرة أصغر. **(Hospital Regional Western Mid)**

5.2. تصوير الثدي بالرنين المغناطيسي IRM:

تم استعمال هذه التقنية في الممارسات الاكلينيكية منذ التسعينات ويحتاج الرنين المغناطيسي في الثدي إلى مختصين على دراية بجميع طرق التصوير الأخرى للثدي.

ويعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي للثدي الطريقة الأكثر دقة للكشف عن الأورام الخبيثة. حيث تصل حساسيته لاكتشاف السرطان الغازي الى نسبة ما يقارب 100%.

ويعد التصوير المغناطيسي الطريقة الوحيدة التي تتيح إمكانية تكبير الثدي أثناء التصوير وفحص الغدة اللمفاوية الإبطية. **(Kahan, Tot ,2011, p49-53)**

---

*__الخزعة:__ استخراج عينة من النسيج لفحصها تحت المجهر للتأكد من وجود كتلة. **(ديكسون، 2013، ص 191)**

IX. النظريات المفسرة لسرطان الثدي:

1. النظرية السيكوسوماتية:

عرفت كلمة سيكوسوماتية في المؤتمر الطبي الأمريكي سنة 1941:" بأنها اضطرابات وظيفية أو بنيوية جسمية يكون سببها الانفعالات المزمنة ترجع إلى اضطرابات حياة المريض وهي اضطرابات نادرا ما يجدي في علاجها العلاج الطبي وحده ولابد من الاستعانة بعلاج نفسي"**(حافري، 2020، ص 432).**

وقد عرفها مارتي **(Marty)** بأنها:" اضطرابات تتجاوز حدود الاضطرابات النفسية عضوية المنشأ أو الاضطرابات العضوية نفسية المنشأ". **(حافري، 2020، ص 433)**

أكد ستورا **(Stora)**. سنة 2018 أن مشكلة مرضى سرطان الثدي أبعد من كونها مشكلة عضوية فلا ينبغي الاستمرار في تطبيق نفس المعاملة لدى جميع المرضى وعدم الاكتفاء بالاهتمام بالمرضى من الناحية البيولوجية دون الاهتمام بخصائص اقتصادهن النفسي. فستورا يؤكد على أهمية تقوية الآليات الدفاعية لاستعادة التوازن النفسي جسدي. **(بعلي وآخرون، 2020، ص 114)**

ويعتمد السيكوسوماتيين في تفسير الاضطراب النفسي جسدي على المفهوم الفرويدي، حيث ربطوا الاضطراب الجسدي بالحياة النفسية والعاطفية للمريض فتاريخ المريض يرتبط بمرضه وهذا لا يعني هنا أن التاريخ النفسي للمريض يؤدي إلى اصابته بالسرطان لكنهم يرون بأن السرطان يمثل استجابة المريض للخبرات المؤلمة في طفولته المبكرة كالموت والهجر والانفصال فالسرطان هو المرض العضوي الذي حدث كنتيجة للخبرات التي لم يتم علاجها نفسيا.

ويرى دومي Dumet أن المرض يستهدف المناطق الأكثر هشاشة لدى الفرد والتي ترتبط بتنظيمه النفسي والجسدي، في حين أن لامبريش **(Lambrichs)** يرى أن وجود خلل في بناء النرجسية الأولية يؤدي إلى أكثر من المرض النفسي ويعيق حتى عملية الشفاء.

ويعزو كازيناف **Cazenave** وهو محلل نفسي مريض بالسرطان. إلى ما يسميه «مرض الرضع لدى البالغين» **(la maladie de la nourisson dans l’adulte)**. ويوضح استنادا لتاريخه الشخصي أن السرطان يعتبر رمزًا لموضوع غائب (الأم) ولاحظ أن العديد من مرضى السرطان الذين كان يتابعهم في التحليل قد عانوا من مشاعر نقص عميقة في طفولتهم المبكرة، كما لو كان الرضيع مهدد بالموت، بسبب عدم وجود علاقة عاطفية كافية مع والدته.

فالطفل الصغير المحروم من وجود الأم الحريصة **la mère attentive** يعاني من الشعور بخطر الموت، والشعور بأنه يتعرض للتهديد باستمرار.

وقد انظم كازيناف **Cazenave** الى نظرية الهوليدينغ"Holding" لوينيكوت"Winnicote"، فالفرد عند الإصابة بالسرطان فإن الرضيع يعود للظهور من جديد ويعيش المعاناة النفسية التي كان يعيشها في بداية حياته. **(Chaumet, 2019, p. p 52-53)**

2. المقاربة عبر الأجيال:

عملت الأخصائية التحليلية والمعالجة النفسية **شتسزنبرج (Schützenberger)** كثيرا في السرطانات فيما يخص الجانب النفسي وخاصة اتجاهاتهم فهي تولي أهمية كبيرة للتحولات الأولية والروابط عبر الأجيال من خلال (التي تحتوي على عناصر هامة حول الحياة وذات سياق عاطفي) وقد اهتمت بتكرار الأمراض والحوادث المتشابهة عبر الأجيال في نفس العمر وهو ما يسمى بمتلازمة أعياد الميلاد. (من خلال العمل مع الجينوغرام* حول الصدمة في التواريخ، السن) لاحظت بأن الأمراض متكررة بشكل منهجي لا يمكن نسبه للصدفة. **(Chaumet, 2019, p. p 52-53)**

وتقترح شتسزنبرج **(Schützenberger)** مفهوم الولاء العائلي اللاشعوري، وهي العملية التي يعرف فيها الفرد نفسه لا شعوريا من خلال تكرار أحداث حياتهم في حياته ومن بين هذه الأحداث قد نجد حادث سيارة، الإصابة بالسرطانات في سن الثلاثين...

يتحدث رونيه كايس "**René Kais**" عن التحالفات اللاواعية* لاستحضار الاتفاقيات والعقود اللاواعية التي تربط الجماعة وخاصة جماعة الأسرة ما يسمح ببقائها. وقد تكون هذه التحالفات أحيانًا غريبة ومرضية يصعب تفسيرها طبيًا. وحقيقة العمل في علم الوراثة السرطانية يسمح بالتأكد من هذه المفاهيم وحيث أننا نلاحظ أنه في بعض العائلات أنه عندما يحمل المريض نفس الطفرة مثل أسلافه يسمح له بأن يكون جزءا من السلالة ويعزز رابط الانتماء بالأسرة، وعلى العكس من ذلك، فإن عدم وجود طفرة أو سرطان لدى الفرد يسمح له بالتميز عن أسلافه ما قد يجعل العلاقة صعبة. **(Chaumet, 2019, p. p 52-53)**

---

* **الجينوغرام:** موراي بوين (1978) هو أول من دافع عن الرسم العرقي للعائلة "الجينوغرام" كوسيلة لفهم النسق، وأداة لتحديد تكوينات الأسرة بشكل أفضل، والتي تعتبر ضرورية في بناء الفرضيات بهدف التكفل النسقي. **(compagnone, 2010, p19)**

والرسم العرقي للعائلة "الجينوغرام" هو أسلوب أو أداة لرسم شجرة العائلة وتسجيل المعلومات حول أفرادها وعلاقاتهم على مدى ثلاثة أجيال على الأقل، وتقوم الرسوم الجينية بترجمة معلومات الأسرة بيانياً بطريقة توفر نظرة عامة وسريعة على أنماط الأسرة المعقدة وتشكل مصدرًا غنيًا للفرضيات حول كيفية ارتباط مشكلة إكلينيكية بسياق عائلي معين، وتقيم بمرور الوقت كل من المشكلة والسياق. **(SchÜtzenberger, 1999, p 2)**

* **التحالفات اللاواعية:** مصطلح استعمله كايس (Kais) والمقصود به تحالفات عائلية بين أفراد الأسرة لاشعورية تقوم هذه التحالفات على إنكار ومحو بعض الأشياء من أجل الحفاظ على الانتماء. **(Carlvaris, 2015, p 69)**

X. الاضطرابات النفسية الناتجة عن سرطان الثدي:

يشكل السرطان تهديدا لحياة الفرد ما يؤدي به إلى أن يستجيب له القلق فيستعمل جهازه النفسي العديد من الميكانيزمات الدفاعية اتجاه هذه الوضعية الجديدة ومن أبرز الاضطرابات النفسية التي تنتج عن السرطان نجد **(شدمي، 2014-2015، ص 108)**

1. الاكتئاب **dépression**:

يعتبر اضطراب الاكتئاب من الاضطرابات الشائعة لدى مرضى السرطان وله تأثير كبير على المرض أبعد من المعاناة النفسية الناجمة عنه، التي نادرا ما يهتم بها الأطباء الذي يقدمون في العادة مضادات الاكتئاب للتخلص من أعراض الحزن.

وحسب دراسات ميتشل **Mitchell** ينتشر الاكتئاب أعلى بنسبة 6% لدى مرضى السرطان مقارنة بباقي أفراد المجتمع وعلى الرغم من أن الاكتئاب يلاحظ بشكل متكرر في السرطان إلا ألا يوجد اتفاق في تحديد نسبة انتشاره لدى مرضى السرطان بسبب تعدد الأشكال الاكلينيكية للاكتئاب.

ومن أبرز المشكلات التي تواجه المختصين في تشخيص الاكتئاب التشابه بينه وبين أعراض الحزن الطبيعي لدى مرضى السرطان، وهو ما يفرض على المختصين الرجوع للجداول الاكلينيكية لتشخيص الاكتئاب. ومن أبرز عوامل الخطر في ظهور الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

- التاريخ الشخصي الحديث لأحداث الحياة السلبية.
- السوابق النفسية الشخصية.
- نقص الدعم الاجتماعي بعد الإصابة بالمرض.
- تدني المستوى الاقتصادي.
- نوع السرطان الذي يعاني منع الفرد.
- المرحلة التي وصل إليها المرض.
- وجود بعض أنواع العلاج تؤدي إلى الاكتئاب.**(Dauchy & al, 2015, p. p 205-206)**

1.1. الاكتئاب وخطر الانتحار لدى مرضى السرطان:

من الممكن تقدير خطر الانتحار لدى مرضى السرطان بمعدل 2.8 % مقارنة بباقي أفراد المجتمع وتزيد هذه النسبة ب 17% لدى المرضى في مراحل متقدمة ومن أبرز العوامل التي تدفع مرضى السرطان المصابين بالاكتئاب نجد:

- مرحلة الكشف حيث يزيد خطر الانتحار في السنة الأولى بعد التشخيص.

- موقع الورم.
- عدم القدرة على تحمل أعراض الألم والتعب.
- وجود اضطراب نفسي.
- وجود اضطرابات في الشخصية.
- السوابق العائلية في الانتحار.
- الإدمان. **(Dauchy & al, 2015, p 206)**

2.1. علاج الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

يستحسن أن يبدأ علاج الاكتئاب مبكرا كون المرضى سيجيدون صعوبة في فهم حالتهم النفسية، ولهذا قد يستغرق الأخصائيين وقتا طويلا لتشجيع المرضى على طلب الاستشارة النفسية أو وصفة طبية تحتوي على مؤثرات عقلية ومضادات الاكتئاب على وجه الخصوص، فالاهتمام الذي يوليه الأطباء للحالة النفسية لمرضاهم يسمح بالتشخيص المبكر واعداد خطة علاج مناسبة للاكتئاب.

يجب أن يشكل علاج الاكتئاب جزءا من العلاج الكامل للسرطان، وقد يسمح تحديد الأعراض التي تسبب الضيق للمرضى ومناقشتها معهم، أن تكون خطوة أولى لقبول فكرة علاج الاكتئاب فبعض المرضى قد يعانون من عدم القدرة على الشعور بالمتعة والبعض الأخر يعانون من اضطرابات في النوم. وهو ما يساعد المعالج على تحديد العلاج النفسي المناسب لحالته. **(Dauchy & al, 2015, p. p 208-209)**

كخطوة ثانية يجب إعطاء المرضى معلومات عن ظروفهم النفسية والاجتماعية والموارد النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يعتمدوا عليها في بيئاتهم العائلية والمهنية.

والخطوة الثالثة تتمثل التحقق من مستوى المعلومات التي يمتلكها المرضى عن السرطان وفهمهم لخطة العلاج فبناء التحالف بين المعالج النفسي وطبيب الأورام والمريض يسمح بالحصول على عديد المعلومات التي تسمح بعلاج الاكتئاب، فهذا التحالف العلاجي مع مرضى السرطان المصابين بالاكتئاب يساهم في الحفاظ على استقلاليتهم ويساعدهم على التخلص من مشاعر الذنب والعزلة جراء الإصابة بالمرض. **(Dauchy & al, 2015, p. p 208-209)**

2. اضطراب التكيف trouble d'adaptation:

- يحدث السرطان العديد من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية حيث يحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستواه الوظيفي وهذا بهدف التكيف النفسي الذي يسمح له بالحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية وتعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون. **(شينار،2021، ص76)**

إن ردود الأفعال النفسية التي تحدث في كل مرحلة من مراحل السرطان تنتج عن تداخل ذكريات الخبرات السابقة بهدف تحقيق النجاح في التكيف إلا أنها قد تفشل مما يؤدي إلى ظهور حالة من الضيق الانفعالي تظهر على شكل قلق واكتئاب منذ المراحل الأولى للمرض، فاضطرابات التكيف مع السرطان تختلف من حالة إلى أخرى وتتمثل حسب الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية فيما يلي:

- ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشة لمدة ثلاثة أشهر.
- هذه الأعراض أو السلوكيات تكون هامة ومبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.
- هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد.
- بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من 6 أشهر بعد ذلك.

ولقد تم تحديد فئات في الاستجابات المصابات بالسرطان الثدي تمثل في:

- **الفئة الأولى**: "الاستجابة التجنبية الإيجابية" حيث أن المصابة تتجه إلى النفي أو التهوين من خطورة الإصابة.
- **الفئة الثانية**: "استجابة مقاومة" تكون المصابة إيجابية فتعتبر الإصابة كتحدي
- **الفئة الثالثة**: تكون المصابة على دراية بأنها تعاني من السرطان ولكن ردة فعلها تكون جبرية. **(شينار،2021، ص 76)**

3. القلق anxiété:

لا يعتبر القلق مرضيا في حد ذاته بل حالة نفسية طبيعية لدى الإنسان، يتم التعبير عن القلق فيسيولوجيا وسلوكيا وانفعاليا وسلوكيا **(Kabouri , 2019, p 76)**

يعتبر القلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان ويظهر أثناء: إجراء فحوصات التشخيص، وحين بدء العلاج وحين توقع عودة الورم فمشاعر القلق تزيد وتنقص في أوقات مختلفة، وعادة ما يتمكن المرضى من تخفيف حدة القلق عند الإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بالسرطان والعلاج.

تلعب مشاعر القلق دورا سلبيا في التقدم نحو الشفاء كونه يزيد من الألم ويسبب اضطرابات النوم **(عوض، 2018، ص 15)**

ومن أبرز اضطرابات القلق التي يعاني منها مرضى السرطان نجد:

1.3. حالات القلق الحاد:

يزداد احتمال ظهور القلق الحاد بطابعه المرضي لدى مرضى السرطان بسبب مجموعة مختلفة من العوامل أهمها:

- الأشخاص الذين يمتلكون تاريخ مرضي أصيبوا خلاله بالقلق، او لديهم ماضي من الصدمات العاطفية.
- نقص الدعم الاجتماعي للمرضى.
- يزداد معدل ظهور اضطرابات القلق لدى الأفراد الذين يعانون من إعاقات جسدية.
- وجود بعض الأدوية المستخدمة في علاج السرطان من شانها أن تساهم في تفاقم أعراض القلق. **(عوض، 2018، ص. ص 16-17)**

4. اضطراب صورة الجسم trouble de l’image corporelle:

غالبا ما يكون للسرطان وعلاجاته آثار جانبية على جسم الإنسان حيث أنه يغير مظهره ويهدد خسارة أعضاء من الجسم كحالات البتر مثلا، ولأدوية السرطان آثار جانبية كفقدان الشعر والتعب وتغيير لون الجلد. ولا يؤثر السرطان على تغيير الجسم جسديا فقط بل يؤثر حتى على صورة المريض لجسده ويمكن تعريف صورة الجسم من خلال هذا المنظور بأنها: "مجموعة من المشاعر والمواقف والذكريات التي تراكمت لدى الفرد حول جسده والتي تم دمجها بشكل أو بأخر في الإدراك العام للفرد. وتتكون هذه الصورة من تصورات وتمثيلات تعمل على مساعدة الفرد لإدراك ذاته".

(Dany, Apostolidis, 2009, p9)

يلعب السياق الاجتماعي والثقافي دورا في التأثير الرمزي لصورة الجسد لدى مرضى السرطان، وكذلك الجنس فصورة الجسد لدى النساء ترتبط بالجانب الجمالي في الدرجة الأولى في حين يركز الرجال على الجانب والبيولوجي والوظيفي للجسم.

تختلف صورة اضطرابات الجسم لدى مرضى السرطان باختلاف نوع السرطان، فالإصابة بسرطان الثدي يؤثر على جودة الحياة لدى النساء وعلى النشاط الجنسي ويظهر اضطراب صورة الجسد بطابعه المرضي.

(Dany, Apostolidis, 2009, p9)

تمتلك كل منطقة في الجسم معنى رمزي لهذا فإن عمل الجداد الناتج عن فقدان منطقة معينة يعمل على تغيير رضا الفرد عن صورة جسده، وهو ما يؤدي إلى حوث صدمة نرجسية يصعب تحملها ولهذا فالتكفل بمرضى السرطان الثدي الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يجب أن يشمل:

- تحديد الإصابة على المستوى الجسمي ومستوى الهوية الشخصية والمستوى الوظيفي.

- تحديد الانفعالات المعاشة (الحزن، الشعور بالذنب، اليأس...).
- تحديد الاضطرابات النفسية المصاحبة كالاكتئاب واضطرابات التكيف. **(شدمي، 2014-2015، ص، ص 34-35)**

XI. الميكانيزمات الدفاعية: السرطان، الصدمة النفسية، الاكتئاب:

إن ميكانيزمات الدفاع من الوسائل اللاشعورية التي يلجأ إليها الأنا للدفاع والحفاظ على التوازن النفسي وحماية الذات من الصراع الذي ينشأ عن الاضطرابات النفسية، وباعتبار السرطان، الصدمة النفسية، الاكتئاب، بمثابة عوامل مهددة لصحة الفرد الجسمية والنفسية ومن شأنها أن تسبب له سوء التكيف وتدخله في دوامة من المعاناة النفسية، فإنه سيستخدم لا شعوريا ميكانيزمات دفاعية حتى يحافظ على اتزانه الانفعالي ويحمي نفسه من الانهيار. وسيُعرض فيما يلي أهم الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الفرد في حالة معاناته النفسية من الإصابة بسرطان الثدي، الصدمة، والاكتئاب:

1. الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الشخص المصاب بالسرطان:

إن الإعلان عن مرض خطير كالسرطان تجعل الفرد يعمل على استخدام العديد من الحيل الدفاعية من أجل التكيف. ومن أبرز هذه الميكاميزمات:

- **الرفض:** حيث يرفض المريض حقيقة الإصابة بالسرطان كما لو أن الأعراض غير موجودة بهدف الحماية من الحقيقة المؤلمة.
- **التجنب:** حيث تجنب الشخص هنا الاتصال بكل ما له علاقة بالمرض حيث يبذل مجهود من أجل عدم تذكر خبر الإصابة بالسرطان.
- **العقلنة**: حيث يبحث المريض بالبحث عن أسباب مقبولة اجتماعيا لتبرير أفكار غير مقبولة.
- **النكوص:** ويتمثل في الرجوع لمراحل سابقة قبل الإصابة بالمرض. **(شدمي، 2014-2015، ص 76)**
- **الإنكار:** ويتصرف المصدوم هنا كما لو أنه لم أن أعراض المرض لم يحدث.
- **الانشطار:** وهنا يعمل الفرد على التحكم في القلق عن طريق تقييم الحقيقة والتصرف بطريقة متناقضة كأن يقول أنا بخير لكن ليس لدي شهية جيدة. **(منصوري، 2019-2020، ص 76)**

2. الميكانيزمات الدفاعية المتعلقة بالصدمة النفسية:

تعمل أليات الدفاع عند التعرض للصدمات النفسية على حماية الجهاز النفسي عبر محاولة التخفيف من أثار الصدمة النفسية عن طريق تقليلها أو تمويهها أو إعادة توجيهها، ويظهر عمل آليات الدفاع في خاصيتين مشتركتين بين كل أليات الدفاع حيث تعمل بطريقة لاشعورية وتشويه الواقع ما يسمح بتقليل القلق الناتج عن الصدمات النفسية وتتمثل أغلب الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الأفراد المصدومين فيما يلي:

- **الانكار:** قيام الفرد بإنكار كل ما يرتبط بالحدث الصدمي والاعتقاد بأن كل ما هو حقيفي الواقع غير موجود فيتعامل مع المشاعر والانفعالات الناجمة عن الحدث الصدمي كما أنها لم تحدث.

(Rosenberg, 2013, p. p 75-76)

- **العقلنة:** وهنا يحاول الضحية إقناع نفسه والأخرين بأن ما حدث لم يكن سيء للغاية فيحاول أن يقدم تبريرات لفعل المعتدي ومن فوائد هذه الألية أنها تجعل الجرح النفسي واضحا للمعالج النفسي.
- **النكوص:** يعتبر النكوص ألية دفاعية شائعة في الصدمات النفسية ويقوم خلالها الفرد المصدوم بالعودة إلى الحياة السابقى قبل التعرض للحدث الصدمي. **(Ackerman, Puglisi, 2017, p 35)**
- **فقدان الذاكرة:** يعتبر فقدان الذاكرة من أبرز الحيل اللاشعورية التي يستخدمها الأفراد عند التعرض للصدمات. **(صادق، الشربيني، 2018، ص 98)**
- **النفي الخيالي:** وهنا تحاول الضحية التخفيف من الطابع المؤلم للحقيقة عن طريق تخيل الحادث بشكل أخر للتخفيف من الألم.
- **التثبيت على الصدمة:** وهنا يحول الفرد عن طريق تكرار الحدث الصدمي جعله عاديا. **(مزياني، 2014-2015، ص 116)**

3. الميكانيزمات الدفاعية المتعلقة بالاكتئاب والوظائف التكيفية له:

يستعمل الفرد المصاب بالاكتئاب مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية من أبرزها: النكوص، الكبت، الإسقاط التكوين العكسي، الإنكار.

وبالنسبة للوظائف التكيفية للاكتئاب فتتمثل في: الاتصال الاجتماعي، التنبيه الفيزيولوجي، الوعي الذاتي، الدفاعات النفسية الدينامية. **(أبو زيد، 2008، ص 50)**

يتضح مما سبق تشابه الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الشخص المصاب بالسرطان، مع تلك التي يستخدمها الشخص في حالة تعرضه لصدمة نفسية، أو الشخص المصاب بالاكتئاب، حيث أن جميعهم يستخدمون: الانكار، العقلنة، النكوص، بالإضافة إلى تلك التي تميز السرطان باعتباره حدث صدمي قد يشكل لدى الفرد اضطرابات

نفسية عدة ناتجة منها الاكتئاب، وهذا مع الأخذ بعين الاعتبار شخصية كل فرد وتركيبته البنيوية وكذلك حسب الدعم المحيط به في حالة تعرضه لأحداث صادمة كالسرطان ورد فعله اتجاه تلك الصدمة وما ينجر عنها.

XII. علاج سرطان الثدي:

بعد إجراء الفحص الدقيق لمرض السرطان وتحديد نوعه ومدى انتشاره يقرر طبيب الأورام الطريقة الأفضل للعلاج وقد يستخدم الطبيب عدة وسائل علاجية معا، وفي حال وجود أكثر من طريقة علاجية يشرح الطبيب الأمر للمريضة ويقرران الطريقة التي سيستخدمانها. وفي أغلب الأحيان يكون العلاج بالجراحة هو الحل الأول ثم العلاج بالأشعة من أجل القضاء على السرطان في الغدد اللمفاوية تحت الإبط ثم العلاج بالعقاقير الذي يهدف القضاء على السرطان في خلايا يكون قد انتشر إليها المرض.

ويتوفر في علاج سرطان الثدي نوعين من العلاج هما العلاج الموضعي (العلاج بالأشعة والجراحة) الذي يعالج الثدي وتحت الإبط والعلاج الجهازي (العلاج الهرموني والكيميائي والحيوي) ومعظم النساء الذين خضعن للعلاج الموضوعي يعودون غالبا الى القيام بالعلاج الجهازي. **(ديكسون، 2013، ص 88-91)**

1. العلاج الموضعي traitement topique:

1.1. العلاج الجراحي traitement chirurgical:

يعتبر العلاج الجراحي هو النوع الأكثر شيوعا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ويوجد نوعين من العلاج الجراحي لاستئصال الثدي وهما: الجراحة التحفظية وعملية استئصال الثدي.

1.1.1. الجراحة التحفظية chirurgie conservatrice:

تتراوح الجراحة التحفظية للثدي بين استئصال الكتل وعملية استئصال موضعية واسعة للورم حيث يتم استئصال الورم مع كمية صغيرة من النسيج المحيط به إلى استئصال ربع الثدي.

وتتمثل دواعي الخضوع النساء للجراحة التحفظية في:

- ألا يتجاوز حجم الورم 3 سم.
- عدم انتشار السرطان خارج الغدد اللمفاوية تخت الإبط.
- أن يكون حجم الثدي كبير من أجل النجاح في الحفاظ عليه بعد استئصال السرطان.
- انتشار السرطان خارج الثدي والعقد اللمفاوية.
- حين يؤدي الاستئصال إلى تشويه الثدي. **(ديكسون، 2013، ص 95-97)**

وتوجد بعض العوامل التي لا تسمح بالجراحة التحفظية ولهذا يقمن باستئصال الثدي تتمثل العوامل في:

- عدم ملائمة بعض النساء اللواتي يعانين من أمراض معينة كالتهاب الشرايين المعقد.
- وجود أكثر من ورم واحد في الثدي.
- صغر حجم الثدي.

2.1.1. عملية استئصال الثدي mastecomie:

إن ثلث النساء المصابات بسرطان الثدي يعجزن عن إجراء عملية تحفظية كما أن بعض النساء يفضلن الخضوع لعملية استئصال الثدي لأسباب مختلفة منها تفادي الخضوع للعلاج بالأشعة أو ربما لأنها تشعرهن بالأمان أكثر. وهذا لا يعني أن استئصال الثدي يؤدي بالضرورة إلى النجاة مقارنة بالعلاجات الأخرى. **(ديكسون، 2013، ص 101)**

أنواع عمليات استئصال الثدي:

- ❖ **عملية استئصال الثدي البسيطة:**

تتمثل عملية استئصال الثدي البسيطة في استئصال نسيج الثدي، ولكن دون إزالة جميع الغدد اللمفاوية وجدار الصدر. فاذا كان حجم الثدي كبير سيكون من الأفضل اللجوء إلى نوع الشق المستخدم في تخفيض حجم الثدي التي تترك أثر على شكل (T)مقلوبة .فعند استئصال جميع نسيج الثدي يتم إحداث شقة فوق الحلمة وتحتها. مع إبقاء كمية من البشرة حتى لا يبقى في نهاية العملية أي جلد مرتخي وتبقى على جدار الصدر ندبة كبيرة في موضع الورم.

- ❖ **عملية استئصال الثدي الجذرية المعدلة:**

أثناء هذه العملية يفتح نفس الشق في عملية استئصال الثدي البسيطة لكن الفرق يتمثل في استئصال جميع العقد اللمفاوية التي تفرز السائل من الثدي إلى منطقة الإبط ومن الممكن أحيانا إجراء هذه العملية دون إلحاق ضرر بجدار عضلات الصدر.

- ❖ **عملية استئصال الثدي الجذرية:**

قل ما يتم اللجوء إلى هذه العملية في أيامنا هذه كونها تشمل استئصال الثدي والعقد اللمفاوية والعضلات تحت جدار الصدر.

❖ **عملية استئصال تحت الجلد:**

تجرى هاته العملية لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان صغير الحجم أو معرضات للإصابة بسرطان الثدي فتزال خلالها جميع الأنسجة لكن تحافظ فيها على أكبر كمية من الجلد فيبدو شبيها بالثدي الأصلي مع بقاء ندبات قليلة ظاهرة مع بقاء الهالة والحلمة على حالهما كونها تجرى عن طريق فتح شق تحت الحلمة أو في طرف الثدي. **(ديكسون، 2013، ص 102-104)**

2.1. العلاج الإشعاعي radiothérapie:

يستخدم العلاج الإشعاعي الإشعاع المؤين الأشعة السينية لقتل الخلايا السرطانية والقضاء على المادة الوراثية* الخاصة بها وتقليص عددها، أثناء العلاج الإشعاعي الخارجي يتم وضع الإشعاع على مسافة من المريض أما أثناء المعالجة الكثيبة* توضع مباشرة في الأنسجة المراد علاجها. وقد يستغرق الأمر عدة أسابيع لإتلاف الحمض النووي للخلية (عادة يستغرق 6 أسابيع في علاج سرطان الثدي.)

قد يؤثر العلاج الاشعاعي على الخلايا السليمة أيضا مثلما يؤثر على الخلايا السرطانية، لكن الخلايا السرطانية تكون أكثر حساسية لعمل الإشعاع كونها أكثر عددا في أنسجة الأورام.

1.2.1. التنفيذ العملي للعمل الإشعاعي:

يتم إعطاء مؤشرات العمل الإشعاعي عادة بعد مناقشة الفريق الطبي الذي يشمل لجراحين وأخصائي العلاج بالأشعة وأخصائي الأورام الطبية، يجب دمج العلاج الإشعاعي في الاستراتيجية العلاجية الشاملة. ففي أغلب الحالات، يتم إجراء الإشعاع بعد الجراحة التحفظية أو استئصال الثدي وغالبا ما يستخدم العلاج الإشعاعي حاليا بعد نهاية العلاج الكيميائي.

2.2.1. خطوات العلاج الإشعاعي:

➢ **الخطوة الأولى: الاستشارة**

خلال هذه الاستشارة، يوفر أخصائي العلاج الإشعاعي معلومات دقيقة وكاملة عن كيفية العلاج الإشعاعي والعلاج والآثار الجانبية المحتملة والاحتياطات اللازمة لتقليلها إلى أدنى حد. ويخبره أن جلسة الاشعاع تستغرق بعض دقائق وللمريض الحق في قبول أو رفض العلاج الإشعاعي.

---

* **المادة الوراثية:** وتعرف بالجين أو الحمض النووي وتحتوي الخلية الإنسانية في المتوسط على 50 مليون جين يحتوي كل منها على بروتين ذو وظيفة معينة. **(عبد الهادي وآخرون، 1989، ص95)**

* **المعالجة الكثيبة:** هي نوع من العلاج الإشعاعي الداخلي يتم فيه وضع الشرائط أو الكبسولات التي تحتوي على مصدر إشعاع في جسمك داخل الورم أو بالقرب منه.

➢ **الخطوة الثانية جهاز المحاكاة Le simulateur:**

جهاز المحاكاة هو عبارة عن جهاز أشعة سينية ويعتبر الجهاز الأول الذي يستخدم في التحضير للعلاج حيث يتم تحديد مجالات الإشعاع واحداثياتها على الجلد وبالتالي تحديد حجم الجلد الذي سيتم تعريضه للإشعاع باستخدام التنظير الفلوري حيث يتم إجراء مسح لمخطط الثدي والصدر.

➢ **الخطوة الثالثة: جهاز المعالجة**

في الخطوة الثالثة، يتم وضع المريض تحت جهاز المعالجة في نفس الوضع الذي تم اختياره في اليوم الأول من العلاج، تعقد الجلسة استنادا إلى بيانات وفقا لبيانات جهاز المحاكاة وقياس الجرعات.

وخلال هذه المرحلة يمكن أيضا التقاط صور التحقق (gammagraphies) مع اجراء حسابات إضافية لقياس الجرعات لتحسين العلاج ولهذا يتم وضع نقطة وشم صغيرة (توضع بإبر دقيقة قابلة للإزالة بسهولة) في كل زاوية من زوايا الجلد المتعرض للإشعاع. وبعد هذه الخطوة يمكن للعلاج الإشعاعي أن يبدأ ويبقى أخصائي العلاج محافظين على متابعة السير الحسن للعلاج. **(Cutuli, Lafontan, 2004, p 6-8)**

2. **العلاج الجهازي traitement systémique:**

1.2. العلاج الهرموني hormonothérapie:

قد يوقف العلاج الهرموني نمو سرطان الثدي الذي يتأثر بهذا النوع من العلاج ويكون ذلك عن طريق إزالة أو تعطيل الأستروجين أو التستسرون وهو مفيد جدا ويعطي إضافة للعلاج، كما يعمل أسلوب هذا العلاج على منع الخلايا السرطانية استقبال الهرمونات الضرورية لنموها، ويتم ذلك عن طريق تعاطي عقاقير تغير عمل الهرمونات أو عن طريق إجراء جراحة استئصال للأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات مثل المبيضين. **(منصوري،2019-2020، ص 66)**

2.2. العلاج الكيميائي chimiothérapie:

إن المقصود بالعلاج الكيميائي هو استعمال الأدوية الكيميائية المضادة للسرطانات التي تتميز بقدرتها على تدمير الخلايا السرطانية وخاصة التي تتميز بالانقسام السريع.

ينقسم العلاج الكيميائي إلى نوعين يتمثل النوع الأول في استخدام أدوية مستهدفة والنوع الثاني في



الشكل (21): صورة تبين العلاج الكيميائي لسرطان الثدي.
https://www.ibelieveinsci.com

استعمال مجموعة من الأدوية وهو ما يعرف بتجميع الأدوية، يؤخذ العلاج الكيميائي بشكل دوري عبر الحقن عبر الوريد لقتل الخلايا السرطانية. **(منصوري، 2019-2020، ص. ص 65-66)**

1.2.2. كيف يعطى العلاج الكيميائي.

يتم استخدام العلاج الكيميائي عبر استخدام مجموعة من العقاقير على شكل حقن في الأوردة كل ثلاث أسابيع على عدة جلسات يتراوح عددها بين 4 إلى 12 جلسة. **(ديكسون، 2013، ص 141)**

2.2.2. فوائد العلاج الكيميائي:

- يعتبر أقل أنواع علاجات السرطان ارتباطا بعودة ظهوره.
- يؤدي إلى انقطاع الطمث مبكرا ما يعني توقف المبيضين عن إنتاج الأستروجين.
- يتميز بفعالية كبيرة لدى النساء الأصغر سنا. **(ديكسون، 2013، ص 141)**

3.2.2. الأثار الجانبية للعلاج الكيميائي:

- سقوط الشعر.
- ظهور غثيان شديد.
- التقيؤ.
- العقم.
- تلف في القلب والكلى. **(منصوري، 2019-2020، ص 66)**

خلاصة:

بالرغم من التطور الطبي الكبير والتقدم التكنولوجي، واختراع أليات جديدة لعلاج الأمراض يبقى السرطان هاجسا للأطباء والعلماء خاصة لما ينتج عنه من خسائر بشرية فكلمة السرطان ترتبط عادة بالموت وهذا ما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية كالصدمة أو الاكتئاب.

وعلى الرغم من تغير تصورات السرطان في بعض المجتمعات المتقدمة، إل أنه في مجتمعنا الجزائري لا يزال السرطان يرادف كلمة الموت ولحظة الإعلان عن مرض السرطان يعتبرها المرضى بداية العد التنازلي لوفاتهم.

ويعتبر سرطان الثدي من أكثر أنواع السرطانات انتشارا في الجزائر والعامل للوفاة لدى الإناث ولهذا يجب تحسين الرعاية الصحية والقيام بفحوصات دورية خاصة في العائلات الذي يمتلكون تاريخ عائلي يحتوي على الإصابة في التاريخ العائلي.

الفصل الرابع: سرطان الثدي

تمهيد:

منذ بداية البشرية وهي تعاني من الأمراض الفتاكة والأوبئة عبر العصور، والتي ساهمت في تغير تاريخ البشرية كالطاعون والجدري التي قتلت الملايين إلا أنها مع تطور الطب أصبحت هذه الأمراض قل ما تقتل أحدا في عصرنا الحالي.

ويشهد عصرنا الحالي العديد من الأمراض العضال التي تفتك بالبشرية كالسيدا وداء السكري ومرض السرطان الذي يعتبر مرض العصر التي وجد الطب صعوبات في إيجاد علاج له. والذي تختلف أنواعه وأعراضه فنجد سرطان القولون وسرطان الرئة وسرطان الثدي والذي يعد السرطان الأكثر انتشارا لدى النساء.

وسنحاول في فصلنا هذا التطرق إلى تعريف السرطان وتعريف سرطان الثدي وأنواعه وأعراضه والبحث عن أبرز الطرق المستخدمة في علاجه.

I. وبائيات سرطان الثدي:

1. أصل كلمة سرطان:

إن الأوصاف الأولى للسرطان تعود إلى مصر 3000 سنة قبل الميلاد وكلمة السرطان في حد ذاتها كلمة قديمة فقد استخدم هيبوقراط. (**Hippocrate**) (460-390 قبل الميلاد) مصطلح السرطان للإشارة إلى شكل من أشكال السرطان. وقد أستعمل هذا المصطلح أيضا لوصف جراد البحر والقرحة والورم ثم استخدم جالينوس (**Glien**) (200-170 قبل الميلاد) مصطلح Onocos للإشارة للكتلة أو الورم الخبيث.

ويعتقد أن شكل سرطان البحر المشابه لشكل بعض الأمراض السرطانية هو سبب تسمية السرطان بهذا الاسم ويشار إلى المختصين بالسرطان حاليا بعلماء الأورام ويستخدم مصطلح السرطان اليوم من قبل الأطباء وحتى الأشخاص خارج المجال الطبي. **(Chaumet, 2019, p 16)**

2. انتشار سرطان الثدي:

يعتبر سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات انتشارا لدى النساء، حيث تسجل المملكة المتحدة 41 ألف إصابة سنويا وأكثر من مليون إصابة سنويا ورغم أن سرطان الثدي ينتشر بكثرة لدى النساء إلا أنه يصيب حتى الرجال فبريطانيا تسجل 300 إصابة بسرطان الثدي لدى الرجال سنويا. **(دايكسون، 2013، ص 01)**

أما على المستوى العالمي فسرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان انتشارا لدى النساء تم تسجيل أكثر من 2.2 مليون حالة في عام 2020. حيث تصاب امرأة واحدة من بين كل 12 امرأة بسرطان الثدي في حياتهن. ويعتبر سرطان الثدي هو السبب الأول للوفيات الناجمة عن السرطان لدى النساء وقد توفيت بسببه 685000 امرأة تقريباً في عام 2020. تحدث معظم حالات الإصابة بسرطان الثدي والوفيات الناجمة عنه في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

وتختلف فوارق البقاء على قيد الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بين الدول متوسطة الدخل الفردي ومرتفعة الدخل ومنخفضة الدخل حيث يتجاوز معدل البقاء على قيد الحياة بعد الإصابة بسرطان الثدي 5 سنوات 90% في البلدان المرتفعة الدخل، في حين لا تتعدى نسبته 66% في الهند و40% في جنوب أفريقيا.

تسجل أعلى معدلات الوفيات جراء سرطان الثدي في أفريقيا وتحدث نصف الوفيات الناجمة عن سرطان الثدي في أوساط النساء دون سن الخمسين في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

يلاحظ تقدم كبير في مجال علاج سرطان الثدي منذ عام 1980؛ إذ انخفض معدل الوفيات الموحد حسب السن من جراء سرطان الثدي بنسبة 40٪ بين الثمانينات وعام 2020 في البلدان المرتفعة الدخل. وما زال يُنتظر تحقيق تحسّن مماثل في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. **(http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/breats-cancer.com)**

أما بالنسبة للوطن العربي يحتل سرطان الثدي المركز الأول في قائمة الأمراض السرطانية التي تصيب النساء. ومعظم الأرقام تعود للأعوام 2015 و2016، حيث تحتل لبنان المركز الأول للإصابة بسرطان الثدي في العالم العربي والمركز السادس عالميا فقد أشارت احصائيات الصندوق العالمي لأبحاث سرطان في المملكة المتحدة إلى إصابة 97 امرأة من 100 ألف بسرطان الثدي في لبنان. **(http://www/alaraby.co.uk.com)**

كشفت الجزائر سنة 2018 عن أرقام صادمة تتعلق بانتشار مرض السرطان في البلاد بمختلف أصنافه، حيث فاق عددهم خلال العام الحالي 42 ألف مصاب .

ووفقا للأرقام التي قدمها الملتقى السنوي الرابع "للشبكة الجزائرية لسجل السرطان"، فقد وصل عدد الجزائريين المصابين بمرض السرطان إلى 42 ألفا و800 مصاب، بزيادة سنوية قدرها 7% عن سنة 2017 وبمعدل 103 حالات لكل 100 ألف نسمة.

وكشف المختصون أن نسبة التعرض للسرطان لدى الجزائري في سن الـ70 تقدر بنسبة 14% لدى الرجل، و15% لدى المرأة، رغم أنهم يعتبرون تلك النسب بأنها "منخفضة جدا مقارنة بدول متقدمة.

واستنادا إلى معطيات قدمتها وزارة الصحة الجزائرية، فقد شهدت سنة 2018 تصدر سرطان القولون أنواع المرض للمرة الأولى عند الرجال والثانية عند النساء، بعدما كان سرطان الرئة الأكثر انتشارا في أوساط الرجال والثدي بالنسبة للنساء.

وبالنسبة لسرطان الثدي الذي أصبح كابوسا للمرأة الجزائرية وصلت عدد الإصابات بهذا المرض سنة 2018 إلى 12 ألفا و800 حالة جديدة، فقط هذه السنة، بعد أن كانت في حدود 300 حالة سنويا، عام1995.

(http://www.france24.com)

II. فيسيولوجية الثدي:

1. تعريف الثدي:

يعرف الثدي بأنه العضو الذي يميز الثدييات ويتكون أساسا من الغدة الثدية التي تسمح للنساء بإرضاع الرضع وتوجد نفس البنية لدى الجنسين في الحالات البدائية الأولى في الطفولة المبكرة.

(Trost, Trouillloud, 2020, p 222)

يلعب الثدي دورًا مهمًا في الأنوثة وفي صورة جسد المرأة. وظيفته البيولوجية هي إنتاج الحليب لتغذية الرضيع، بنية الثدي معقدة لأن الغدة الثدية تساهم في إعطاء الشكل العام للثدي تتكون من 15 الى 20 فص محدودة بنسيج دهني

ويتمثل دور الفصوص في صنع الحليب أثناء الرضاعة الطبيعية بينما يتمثل دور القنوات في نقل الحليب الى الحلمة **(mamelon l'institut national du cancer, 2007, p9**

ويعرف الثدي بأنه غدة رئيسية وظيفتها انتاج حليب الأم عند ولادة الطفل تتكون من نسيج غدي ونسيج دهني ونسيج ضام ويعتبر الثديان جزءا من الخصائص الجنسية الثانوية كونهما غير ضروريان للتكاثر، ويستند الثدي على عضلة من القفص الصدري تسمى العضلة الصدرية باعتباره خالي من العضلات وتختلف حلمتي الثدي والانسجة الدهنية والضامة* لدى النساء. **(Ligue contre cancer, p 12)**

ويعرف أيضا بأنه أحد الخصائص الجنسية الثانوية التي تميز النساء عن الرجال (كتوزيع الشعر وشكل الحوض...) ويعتبر من الخصائص الجنسية الثانوية أي أنه ليس أساسي كالمبيض أو الخصيتين لدى الرجال الذين يمتلكون بنية مماثلة لتلك الموجودة لدى النساء إلا أنها تتوقف عن النمو في مراحل بدائية. **(Martini, 2008, p 35)**

2. البنية التشريحية للثدي:

للثدي شكل شبه كروي يستقر على الوجه الأمامي أمام عضلات القفص الصدري muscles péctauraux ولديه شكل متغير وفقا للمعلومات الوراثية.

(Roux, 2013, p 12)

الشكل (14): يبين البنية التشريحية. للثدي.
https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein

---

* **النسيج الضام:** يعرف بالنسيج الداعم ويتألف من أنسجة شحمية وغضروف وعظام ويتكون من عددا من الخلايا تعمل على المحافظة على شكل الجسم. **(حاجوج، 2006، ص 45)**

1.2. الهالة aréole:

يحتوي الثدي على هالة في منتصفه يتراوح قطرها ما بين 30-50 ملم ذات لون بني تمتلك الهالة عدة انتفاخات صغيرة تسمى درنات (Morgagni) تتكون من غدد مشابهة للغدد العرقية والغدد الدهنية، تتمركز في وسط الهالة ما يسمى بحلمة الثدي والتي تتكون من عشرات المسامات التي تسمح بإفراز الحليب خارج الجسم وتحدث هذه العملية أثناء الرضاعة الطبيعية تحت إشراف المعلومات الوراثية*.

2.2. الغدة الثدية la glande mammaire:

غدة ذات افراز خارجي تتكون من 15-20 فص منفصلة عن بعضها البعض بفضل أنسجة ضامة سميكة وأنسجة دهنية، يتثبت النسيج الضام حول العضلة الصدرية العلوية القاعدية ويتحكم في تثبيط عمل الثدي، تتواجد الفصوص في المنطقة العميقة من الثدي، ويتصل كل فص بقناة افرازية وتعتبر القناة الإفرازية(اللبنية) والتي تشكل الجيوب اللبنية مسلك الحليب المفرز كل فص من هذه القناة ينقسم إلى فصوص متشعبة التي تنتهي بنسيج ضام والذي يكون على اتصل بحلمة الثدي، وللإشارة فإن الغدة الثدية تختلف باختلاف الحياة الجنسية للمرأة.

1.2. الحلمة mamelon:

الحلمة أسطوانية الشكل، داكنة اللون مفصولة عن الهالة بواسطة **أخدود* sillon** على سطح الحلمة، يتم ترتيب فتحات (مسام) القنوات اللبنية بطريقة محيطية.

4.2. الهرمونات الفاعلة في إفراز الحليب les hormones sécrétant du lait:

يعتبر البرولاكتين **Prolactine** الهرمون الأساسي في عملية تكوين الحليب، ينتج عن طريق الغدة النخامية حيث يقوم تحت اشراف المعلومات الوراثية بتشكيل بروتين خاص مع إضافة سكريات معقدة منتجة وحدات الحليب، يتم تحفيز هذا الهرمون بواسطة هرمون الاستراديول ويتم تثبيطه بفعل هرمون البروجسترون.

(Martinet, Houdebine, 1993, p 20-25)

---

* **المعلومات الوراثية:** هي المعلومات الجينية التي تخص الفرد وتميزه عن غيره وهي وسيلة بيولوجية لتحديد الفرد. **(المكاحلة، 2021، ص 21)**

* **الأخدود:** هي الشقوق التي تفصل بين إثنين من التلافيف في نفس الفص. **(Broca ,1888, p 680)**

3. رمزية الثدي عند المرأة:

لا يتم التمييز بين الذكور والإناث لدى البشر استنادا على الخصائص الجنسية الأولية فقط، بل يمكن أن يتعلق هذا التمايز بالخصائص الجنسية الثانوية كالعضلات والشعر وملامح الوجه والثدي الذي يحمل قيمة رمزية تعبر عن الأنوثة. **(Granjon, 2012, p 198)**

يعتبر ميد **Mead** (1949) أن الثدي هو المصدر الأول لتحديد الهوية الأنثوية للمرأة وهو ما أكده كل من رينكر **Renneker** وكولتر **Culter** (1952) بأن الثدي هو الرمز العاطفي لاعتزاز المرأة بالجنس الأنثوي والأمومة. فمشاعر النقص تظهر لدى النساء الذي يعانون من خطر فقدان الثدي حيث يشعرون بنقص دورهم الأنثوي.

فالثدي رغم أنه ليس مسؤول مباشر عن الوظيفة الجنسية لدى الاناث كالرحم مثلا الا أنه يعتبر رمزا لدور الأم ويسمح بتكوين إيجابي عن صورة الجسم لدى النساء.**(Colette, Michael, 2013, p 21)** ويمكن تحديد الدلالة الرمزية للثدي في وظيفتين :

1.3. الوظيفة الجنسية **fonction sexuelle**:

تتمثل الوظيفة الجنسية للثدي في الطابع الايحائي للأنوثة فالثدي يلعب دورا في تمييز النساء عن الرجال كونه العضو الأنثوي الذي يميز المرأة ويجعلها مثالية باعتباره معيار أساسي جمالي لدى النساء.
(Sukartini, Sari, 2021, p 368).

فالتحليل النفسي يؤكد على أن الثدي بالنسبة للمرأة يحمل شحنة انفعالية شديدة في النشاط الجنسي لدى الاناث، والخوف من فقدانه يعادل قلق الخصاء لدى الرجال كما أن الخوف من فقدانه يسبب حدوث ضعف نرجسي.
(نجادي، 2009-2010، ص. ص 15-16)

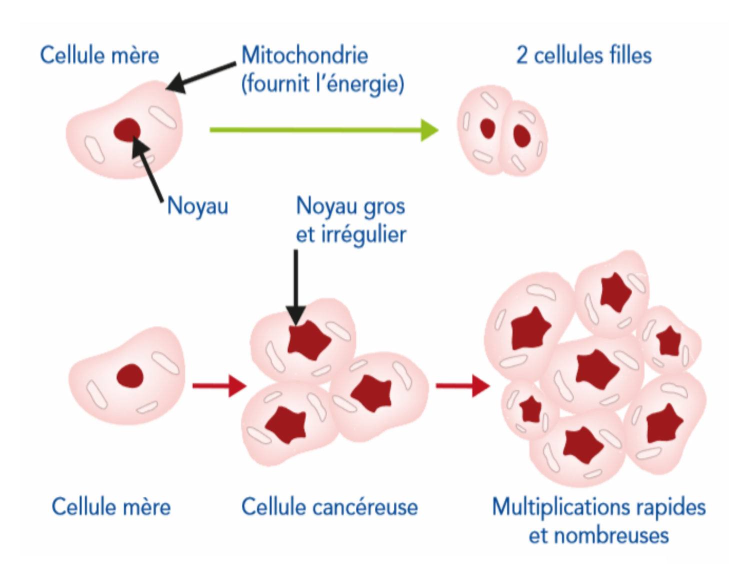
1.3. صورة الجسد **l’image corporelle**:

يمتلك ثدي المرأة بالنسبة لها تأثير كبير على صورة الجسد حيث ان تهديد فقدانه يمكن ان يسبب مشكلات نفسية واجتماعية فالتغير المحتمل لشكل الثدي يغير من الصورة الذهنية التي تملكها المرأة عن جسدها.

ومن هذه المظاهر عن صورة الجسد السيئة للمرأة نجد عدم الرضا عن المظهر، وفقدان التصور نحو الأنوثة وعدم الرغبة في النظر الى الثدي والشعور بكونها أقل جاذبية. **(Kousan, Gursoy, 2016, p. p 145-146)**

III. سرطان الثدي.

1. تعريف السرطان:



الشكل (15): يبين الانقسام الخلوي لخلية عادية ولخلية سرطانية.
https://www.reflexions.uliege.be/cms/c_409339/fr/le-cancer-une-maladie-du-siecle-souvent-imputable-a-notre-mode-de-vie

هو تعبير عن مجموعة كبيرة من الأمراض تتميز بالنمو الفوضوي غير المنضبط للخلايا التي تكون أنسجة الجسم وتبدل نفسها في نظام متناسق حيث تعيد تجديد الخلايا بشكل يتناسب مع حاجة النمو.

وعندما تتم عملية النمو هذه لا يمكن السيطرة عليها فان الخلية الواحدة تنقسم إلى خليتين وتلك الخليتين تنقسمان إلى أربعة خلايا وهكذا يصبح نمو الخلايا مفرط وكبير.

وبتطور نمو مجموعات من الخلايا غير الطبيعية تتحول إلى أورام تغزو الأنسجة والأعضاء المحيطة بها وبذلك تحل محل الأنسجة الطبيعية وتدمرها بواسطة عملية تسمى بالنمو الإنثباتي أي انتقال الدم من مركزه الأساسي الى مراكز أخرى في الجسم، ويمكن للخلايا ان تنتقل من خلايا الدم أو الجهاز الليمفاوي* لتشكيل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء الجسم. **(كتكت، 2008، ص 17)**

السرطان هو داء يصيب مورثات الخلية وهو ما يؤكد على أنه مرض وراثي ولا يبدأ دفعة واحدة بل يحتاج الى مدة طويلة وربما سنوات.

هو مصطلح يطلق على الأورام الخبيثة من خلال التكاثر غير المنظم للخلايا غير طبيعية في منطقة معينة من الجسم، ويطلق على الورم الأول نقطة نشأة السرطان حسب الأعضاء الذي قد يستهدفها ويمكن أن يعود السرطان من جديد بعد الاستئصال في العديد من أعضاء الجسم مكونا بذلك الأورام الثانوية. **(عروج، 2016-2017، ص 97)**.

جميع الأمراض التي تتميز بالتكاثر والانتشار غير المنضبط للخلايا غير الطبيعية، وينتج هذا التكاثر عن طريق التحول عبر الطفرة* أو عدم الاستقرار الجيني (تشوهات خلوية وراثية) لخلية طبيعية في البداية.

---

* **الجهاز اللمفاوي:** هو مجموعة من القنوات التي تحتوي على اللمف، يساهم في تكوين الغدد اللمفاوية كالأوعية والشبكات والغدد اللمفاوية ويمتلك أهمية بالغة كونه جزء من الجهاز المناعي. **(Velpeau et Béraud, 1862, p 125)**

* **الطفرة:** هي حدوث تغير جيني دائم في بنية المادة الوراثية (ADN) نتيجة العديد من العوامل كالإشعاع وقد يكون هذا التغير ضارا أو نافع. **(اللودعمي، 2011، ص 47)**

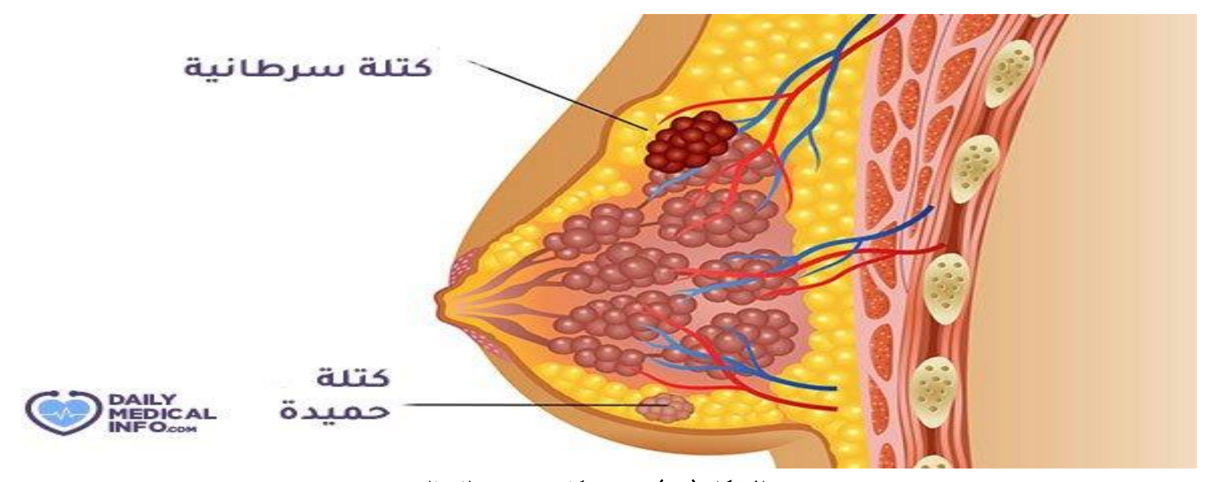
يمكن أن يؤدي هذا التكاثر السريع للخلايا غير الطبيعية التي تنتشر خارج حدود المعتاد إلى غزو الأعضاء الأخرى وتشكيل نواقل الخلايا السرطانية وعليه فالورم عبارة عن كتلة خلوية يمكن أن تكون خبيثة أو حميدة اعتمادا على قدرتها على الانتشار فالورم الخبيث يدمر الأنسجة الموجودة مسبقا ويؤدي إلى الانبثاث (انتشار الورم في أجزاء مختلفة من الجسم). **(Naudin et autres, 2016, p 441)**

2. **تعريف سرطان الثدي:**

هو أكثر أنواع السرطانات شيوعا لدى النساء ينتج عن اضطراب بعض الخلايا التي تتكاثر لتشكل ورما.

(Muller, Gassier, 2021, p 231)

نوع من أنواع السرطانات يصيب أنسجة الثدي والأنسجة المحيطة به وعضلات الصدر التي تصل الثدي بالضلوع، وكذلك العقد اللمفاوية في منطقة ما تحت الذراع، ويصيب كلا من الرجال والنساء على حد سواء لكن يصيب النساء بشكل أكبر وإذا تم اكتشافه في مرحلة مبكرة فإن العلاج يكون فعالا إلى حد بعيد. **(منصور، 2010، ص 444)**



الشكل (16): يبين شكل حبة سرطان الثدي.

https://studylibfr.com/doc/4629767/du-canal-normal-au-cancer---programme-qu

3. الشخصية والسرطان:

لعلّ أبرز ما كتب عن العلاقة بين الشخصية والسرطان هو ما أوضحه السيكولوجي الانجليزي "**ه. ج. آيزنك H. J. Eysenck1996** " في كتابه بعنوان "**الشخصية والسرطان Personality and Cancer**"، حيث ناقش فيه احتمالية وجود علاقة سببية causal أو ارتباطية correlational وذلك على إثر مجموعة من الدراسات، ولخص آيزنك نتائج الدراسات التي قام بتحليلها موضحا مجموعة من النقاط كما يلي:

- ✓ تأثير استراتيجيات التعايش والسمات الشخصية على جهاز المناعة إذا ما تعرض الفرد لأحداث شديدة.
- ✓ تؤثر الانفعالات الشديدة والضغوط على جهاز المناعة، مما يزيد من احتمال الإصابة بالأمراض الفيزيولوجية.
- ✓ ترتبط كل من الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاضطرابات العقلية ايجابيا باضطراب جهاز المناعة.
- ✓ ترتبط الخبرات السلوكية التي تشمل الضغوط باحتمال إصابة الفرد باضطراب في جهاز المناعة.
- ✓ تؤثر الخبرات التي تشمل على الأحداث الضاغطة على الجهاز العصبي المركزي، وهي تؤثر بدورها في جهاز المناعة عند الإنسان.
- ✓ تتأثر الهرمونات بالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي مما يؤثر على جهاز المناعة.
- ✓ تؤثر التغيرات الكيميائية الحيوية التي تتوسط الأحداث والتغيرات في الجهاز العصبي المركزي على جهاز المناعة.
- ✓ يزيد العلاج النفسي والاسترخاء والتنويم المغناطيسي من قدرة جهاز المناعة. **(معمرية، 2007، ص 134)**

ولفترة طويلة في ظل عدم وجود علاجات فعالة، اعتقد الأطباء ثم الاتجاه السيكوسوماتي بأكمله أنهم يستطيعون إثبات وجود عوامل نفسية تعمل بشكل مباشر لصالح السرطان، وكان يتم التحدث باستمرار عن التوتر، والحداد، والاكتئاب. أما اليوم فمن المعلوم أنه لا توجد صلة مباشرة بين الشخصية والسرطان هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى لا لا يمكن إنكار الحديث عن العوامل النفسية التي تؤدي إلى الإصابة بالسرطان "هذه غير مباشرة"، لكنها تعرقل الفحص وتقلل من الأعراض وتساهم في عدم كفاية العلاج. وبالإضافة إلى ذلك فإن القلق المزمن وعدم الرضا الذي يؤدي إلى كبت المشاعر وإنكار الوفيات يمكن أن يقلل من الرعاية الذاتية، ويمكن أن تصبح مواجهة الحقائق الصعبة للحياة مستحيلة بدون مساعدة سيجارة أو كحول (قلة الاهتمام بالنظام الغذائي ونمط الحياة المستقرة). أما بالنسبة للبعض هذا التخلي عن حركة الوجود سينتج عنه الخوف ثم رفض الفحوصات التي كان من الممكن أن تنقذ حياتهم. ومن آثار السرطان على النفس (الحزن، الشعور بفقدان الأمل واستحالة المساعدة) مع سبب السرطان. **(Bacqué, Baillet, 2009, p 11)**

IV. أعراض سرطان الثدي:

1. ظهور الكتل في الثدي يعد العلامة الأولى لظهور السرطان ويوجد نوعين الكتل:

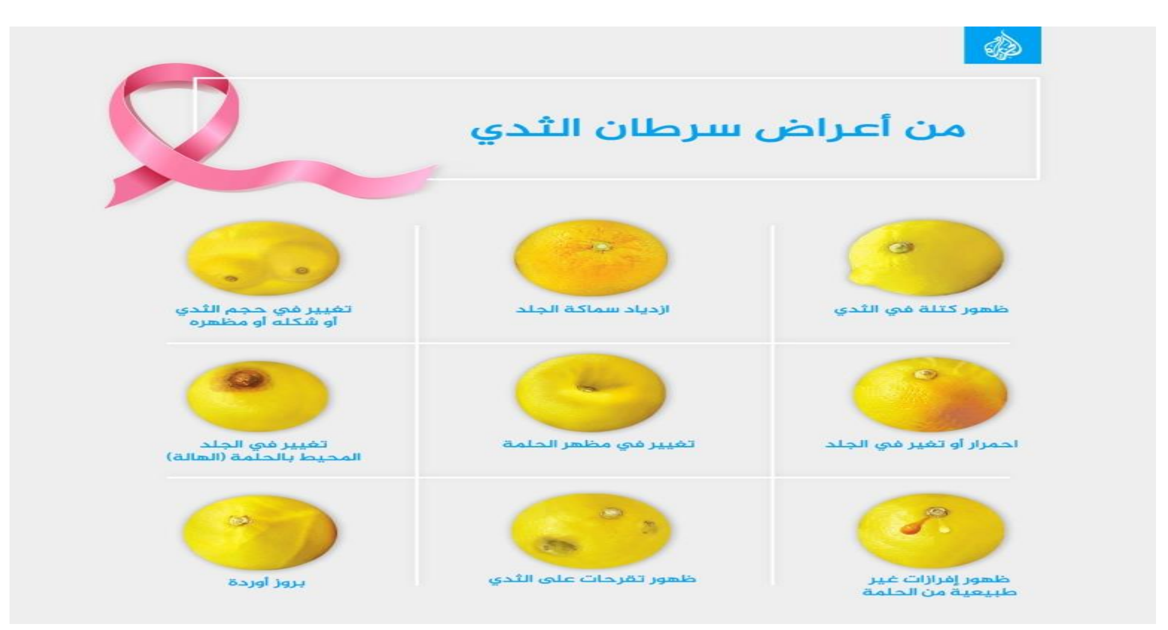
1.1. كتل سرطانية masses cancéreuses:

والتي غالبا ما تكون صلبة وغير متحركة تنمو ببطء ويكبر حجمها ما يمكن أن يجعلها تسبب تغيرا في شكل الثدي.

2.1. كتل حميدة masses bénignes:

والتي غالبا ما تكون مؤلمة ولينة تتحرك بسهولة تحت الأصابع ومن الأسباب الشائعة لظهور الكتل الحميدة، الأورام الغدية الليفية والأكياس. **(ديكسون،2013، ص 13)**

- تغير في شكل وحجم الثدي (كبر حجم أحدهما مقارنة بالأخر).
- تغير في شكل الحلمة فقد تبرز أكثر من الطبيعي أو حولها طفح جلدي أو افرازات غريبة تخرج من الحلمة.
- انتفاخات في منطقة تحت الإبط.
- تغضن الجلد حول الثدي.
- ألم مستمر في أحد الأجزاء دون الأجزاء الأخرى. **(ثابت،2017، ص. ص 52-53)**
- إفرازات قد تكون دموية أو غير دموية من الحلمة.
- الشعور بتغيرات في الحلمة أو الجلد من المظهر أو الإحساس. **(الموصلي، والحيالي، 2016، ص 125)**



الشكل (17): يبين أعراض سرطان الثدي.
https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2021/10/7

7. عوامل الخطر للإصابة بسرطان الثدي:

لم يتمكن العلماء من تحديد أسباب الإصابة بسرطان الثدي لكن توجد مجموعة من العوامل يمكن أن تؤدي إلى الزيادة من الاستعداد للإصابة بسرطان الثدي تتمثل أبرزها فيما يلي:

1. السن l'âge:

يزداد انتشار سرطان الثدي لدى النساء الذين يصلن إلى سن اليأس في حين نشاهده بدرجة أقل بصفة ملحوظة لدى النساء الأقل من 45 عاما. **(Marzena & al, 2015, p 197)**

2. الرضاعة allaitement maternel:

رغم أن دور الرضاعة في الحماية من السرطان لا يزال غير واضح إلا أن هناك بعض الأدلة تشير بالفعل إلى أنها قد تخفف بالفعل من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

3. الوزن le poids:

إن ارتفاع مؤشر كتلة الجسم الذي يزيد عن 30 من خطر الإصابة بسرطان الثدي بحوالي 50% مقارنة بالنساء الذين يمتعن بمؤشر كتلة جسم طبيعي 25 أو أقل. **(ماكغريغر، 2014، ص 63)**

4. الدهون الغذائية graisse alimentaire:

أظهر دراسات جمعيات السرطان الدولية انخفاض معدلات الإصابة بسرطان الثدي في الدول التي يقل فيها استهلاك الدهون ففي الولايات المتحدة الأمريكية والتي تعتبر إحدى أكثر الدول استهلاكا للدهون وهكذا فقد أوصت الأكاديمية الوطنية للعلوم بخفض مستوى الدهون كطريقة للوقاية من سرطان الثدي. **(محمد، 2020، ص 22)** وتلعب عادة السكان دورا مهما في نسبة حدوث السرطان ففي البلدان النامية تشكل النشويات نسبة 8% من المواد الغذائية المسببة للطاقة الحرارية في حين تشكل نسبة الدهون 30 % لهذا نلاحظ أن نسبة سرطان الثدي تقل في البلدان النامية مقارنة بالدول الصناعية. **(جندل، 1971، ص 68)**

5. الوراثة la génétique:

رغم أن أغلب السرطانات تحدث بشكل غير وراثي لكن 10% من الحالات يسري سرطان الثدي في العائلات ويسمى في هذه الحالة سرطان الثدي التوارثي وعموما هناك احتمال أن تصاب سيدة واحدة بين 100 سيدة بسرطان الثدي التوارثي.

فإذا تم التعرف على الجين المسبب للمرض بدقة عن طريق تتبع أنماط ظهوره في العائلة يسمى المرض توارثي أما إذا لم يتمكن من تتبع الجين بسهولة فيسمى سرطان الثدي العائلي.

ولا يمكن أن يرث كل أفراد العائلة نفس الجين المسبب للمرض على اعتبار أننا نرث نسختين من كل جين نسخة من كل من الأبوين. **(ثابت،2017، ص. ص 41-42)**

6. العلاج السابق لسرطان الثدي traitement antérieur du cancer du sein:

إن النساء اللواتي يتعرضن للإصابة بسرطان الثدي في ثدي واحد يكُنّ أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي في الثدي الأخر بمعدل من 4-6 بالألف. **(ديكسون،2013، ص11)**

7. التاريخ العائلي Histoire de famille:

إن للتاريخ العائلي دور في حدوث سرطان الثدي حيث أن ربع جميع حالات سرطان الثدي ترتبط بالتاريخ العائلي فالنساء اللواتي يمتلكن أمهات أو أخوات مصابات بسرطان الثدي، معرضات للإصابة بهذا المرض. ففي دراسة جماعية لأكثر من 113000 امرأة في المملكة المتحدة أظهر أن النساء اللواتي لديهن أقارب المصابون بسرطان الثدي لديهم مخاطر أعلى بمقدار 1.75 ضعف للإصابة بهذا المرض. **(Mitola, 2015, p 197)**

8. الحيض المبكر وانقطاع الطمث المتأخر Menstruations précoces et ménopause retardée:

يعتبر الطمث أول نزيف حيض للمرأة، في حين أن فترة توقف الطمث هي الفترة التي يتوقف فيها المبيض عن انتاج الهرمونات التناسلية. خلال هذه الفترة تزداد احتمالية خطر الإصابة بسرطان الثدي، نتيجة انقسام الخلايا الثدية، مدفوعة بالتعرض للأستروجين والبروجسترون خلال الطور الأصفري (مرحلة متأخرة في الدورة الشهرية).
(Rodrigues, 2019, p 221)

9. الجنس sexe:

يعتبر الجنس العامل الأساسي لخطر الإصابة يسرطان الثدي رغم أنه يمكن أن يصاب الرجال بسرطان الثدي أيضا إلا أنه أكثر شيوعا عند النساء. **(American Cancer society ,2021, p 02)**

10. نمط الحياة mode de vie:

تلعب أنماط الحياة الحديثة كسلوكيات الإفراط في تناول الكحول والكثير من الدهون الغذائية والتدخين دورا في زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي فيمكن أن يرفع استهلاك الكحول مستوى الاستروجين المرتبط بهرمونات في الدم.

فقد أشارت دراسة **تلوي Tloy** الوبائية إلى أن تناول 35-44 جرامًا من الكحول يوميًا يمكن أن يزيد من خطر الإصابة

بسرطان الثدي بنسبة 32% مع زيادة بنسبة 1,7% لكل 10 جرامات إضافية من الكحول يوميا. **(Sun & al, 2017, p1391)**

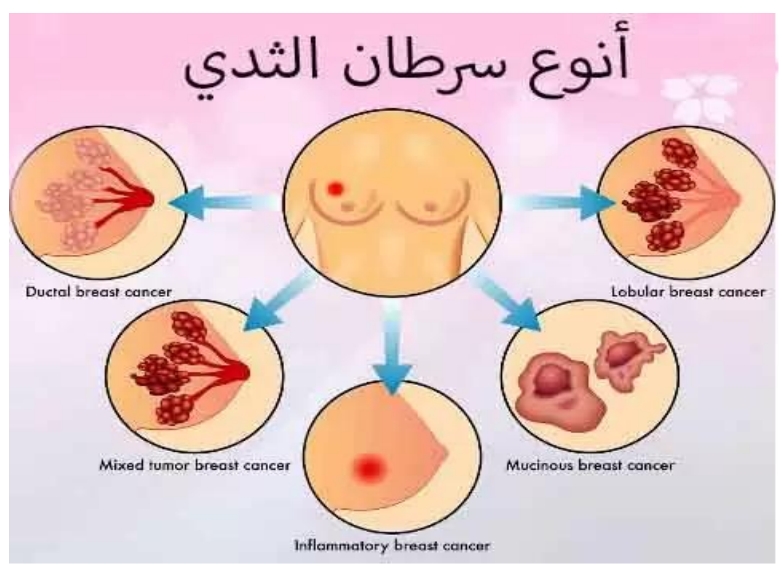
الجدول (05): يوضح عوامل خطر الإصابة بسرطان الثدي والمخاطر النسبية له.

المخاطر النسبية %	عامل الخطر
1,5	أي مرض حميد في الثدي
1,5	العلاج بالهرمونات البديلة بعد انقطاع الطمث (الإستروجين مع أو بدون البروجيستيرون)
1,1-1,9	الفترة الأولى من العمر أقل من 12 سنة
1,1-1,9	استهلاك معتدل للكحول (من 2 إلى 3 كؤوس في اليوم)
1,1-1,9	سن اليأس عند > 55 سنة
1,1-1,9	زيادة سمك العظام
1,1-1,9	الخمول وقلة ممارسة الرياضة
2	مرض الثدي التكاثري غير النمطي
2-4	العمر عند الولادة الأولى > 30 سنة أو قريب منه
2-4	قريب من الدرجة الأولى مصاب بسرطان الثدي
2-4	السمنة بعد انقطاع الطمث
2-4	الطبقة الاجتماعية والاقتصادية العالية
2-4	التاريخ الشخصي للإصابة بسرطان بطانة الرحم أو المبيض
2-4	تعرض الثدي لإشعاع كبير
2-4	زيادة كثافة الثدي في التصوير الشعاعي
4 >	التقدم في السن
4 >	التاريخ الشخصي لسرطان الثدي (الموضعي أو الغازي)
4 >	مرض الثدي التكاثري غير النمطي
5	اثنان من الأقارب من الدرجة الأولى مصابون بالسرطان
10	تضخم غير نمطي للثدي وقريب من الدرجة الأولى مصاب بسرطان الثدي

المصدر: **(Davidson, 2013, p 260)**

VI. أنواع سرطان الثدي:

يتم تصنيف سرطان الثدي وفقا للمظهر الخارجي للخلايا السرطانية ومدى اجتياح السرطان للنسيج المحيط، **(الموصلي، والحيالي، 2016، ص 141)** ومن أكثر أنواع سرطان الثدي شيوعا نجد:



الشكل (18): يبين أنواع سرطان الثدي.
https://atlas-know.com

1. سرطان الثدي الالتهابي



cancer du sein :inflammatoire

هو نوع نادر وسريع النمو ويطلق عليه التهابي لأن جلد الثدي عادة ما يكون أحمر وملتهب ويحدث هذا الاحمرار بسبب

خلايا سرطان الثدي التي تسد القنوات اللمفاوية الدقيقة في جلد الثدي. وتتمثل أعراضه في:

- تغير لون جلد الثدي أو ظهور كدمات أو سماكة في الجلد.
- زيادة حجم الثدي.
- ألم الثدي.
- حكة مستمرة في الثدي.
- تبدو الحلمة مشدودة نحو الداخل. **(Breast Cancer Now, 2020, p. p 4-5)**

2. السرطان القنوي الموضعي (DSIC):

إنه أكثر الأنواع شيوعا في سرطان الثدي غير التوسعي فالخلايا الشاذة لا تنتشر خارج جدران القنوات لتصل إلى النسيج الضام أو الدهني في الثدي، لكن عدم استئصال هذه الخلايا يمكن أن يحولها إلى سرطان توسعي قادر على الانتشار.

3. السرطان الفصيصي الموضعي (LSIC):

في هذا النوع لا تنتشر إلى الفصوص ولا تتحول عادة إلى سرطان توسعي، لهذا لا يعتبر السرطان الفصيصي سرطانا حقيقيا، لكن النساء المصابات بسرطان الثدي التوسعي الفصيصي يعتبرن أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي لاحقا ولهذا يعتبر سرطان الثدي مؤشرا لخطر التعرض لسرطان الثدي. **(الموصلي، الحيالي، 2016، ص 141)**

4. سرطان القنوات الغازي (ILC)

يعتبر أكثر أنواع سرطانات الثدي انتشارا حيث يمثل 80% من التشخيصات، تبدأ الخلايا السرطانية في النمو داخل القنوات اللبنية الانتشار ثم يغزو الأنسجة الدهنية للثدي وربما حتى مناطق أخرى من الجسم عن طريق جدار القناة. **(Nguyen, 2015, p215)**

5. سرطان الثدي الثلاثي السلبي (TNBC)

يعرف بهذا الاسم بسبب سلبية (افتقار) الخلايا السرطانية لهرمون الأستروجين، والبروجيستيرون ونقص انتاج هرمون HER2، ويعتبر من أخطر أنواع السرطانات ويرتبط كثيرا بخطر الوفاة.
يتنشر في أغلب الأحيان لدى النساء أقل من 50 عاما ويعتبر أكثر شيوعا عند النساء المنحدرات من أصول افريقية.
(Diéras et autres, 2010, p 394)

6. مرض باجيت maladie de paget:

ويعتبر من السرطانات غير الشائعة فأقل 5% من مرضى سرطانات الثدي مصابات بمرض باجيت، ويصيب حتى الرجال.

ويصيب هذا المرض حلمة الثدي وتنمو الخلايا السرطانية من نهاية القنوات اللبنية إلى جلد الحلمة.
وعند الإصابة بمرض باجيت يظهر تحرشف في الحلمة وتعاني نصف المصابات بمرض باجيت من وجود كتلة تحت الجلد.
(دايكسون، 2013، ص 85)

7. السار كوما الوعائية للثدي Les sarcomes des viscères et des tissus a du sein:

هي أورام نادرة تظهر في الأنسجة الداعمة كالعضلات والأنسجة الدهنية والغضاريف والأوعية الدموية أو الأعصاب.
(Fondation arc pour la recherche sur le cancer, 2015, p08)

يوجد نوعان من السار كوما الوعائية للثدي هما:

أ. الساركوما الوعائية الأولية للثدي:

وتخص النساء اللواتي لم يخضعن لعلاج سرطان الثدي، وتشمل الساركوما الوعائية، الساركوما الليفية، الساركوما الدهنية والساركوما الغضروفية ... وتبقى الساركوما الوعائية هي النوع الأكثر شيوعا.

ب. **الساركوما الوعائية الثانوية للثدي:**

ويعتبر النوع الثانوي الأكثر شيوعا من ساركوما الثدي خاصة الساركوما الوعائية الثانوية ويحدث هذا النوع عند النساء اللواتي سبق لهن التعرض لعلاج الاشعاعي لسرطان الثدي.**(Parker, 2018, p 870)**

8. سرطان الثدي لدى الذكور:

يعتبر سرطان الثدي لدى الذكور مرض نادرا، لكن وجوده لم يعد مشكوك فيه، لأننا وجدناه منذ وقت طويل في أعمال **ليدرن(Leadren)** الذي يقول في كتابه "**Mémoire sur le cancer**": "نرى عدد قليل من الرجال يتعرضن للإصابة بسرطان الثدي لكننا نشاهد العديد من النساء مصابات به"**(Horteloup, 1872, p 65)**

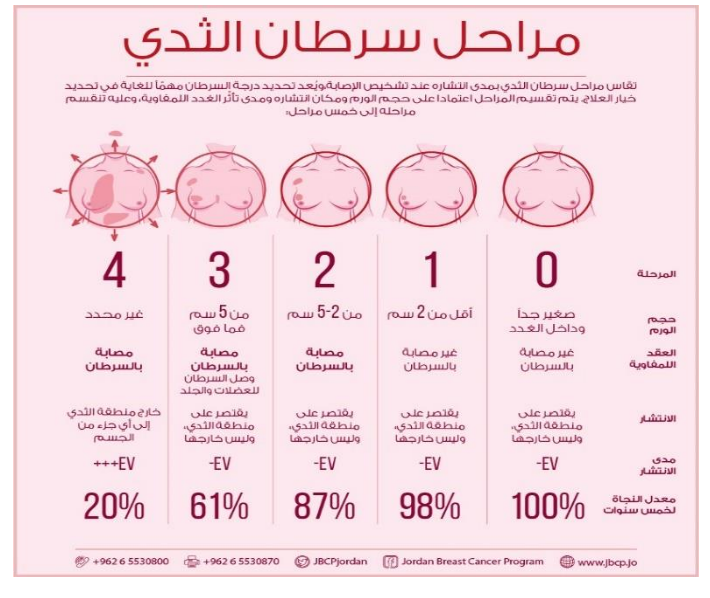
وتشكل سرطانات الثدي لدى من 1-2 % وخصائص سرطانات الثدي عند الرجال لا تختلف كثيرا عن خصائص السرطان الموجودة عند النساء، لكن غالبا ما يكون هناك غزو للعضلات بسبب صغر حجم الثدي عند الرجال.

(Saglier, 2005, p 179)

VII. مراحل سرطان الثدي: لسرطان الثدي خمسة مراحل حسب خطورته هي:

1. المرحلة الصفرية stade 0:

السرطان في هذه المرحلة لا يكاد يكون سرطانا حقا بل يعتبر عرضا على حالة شاذة تنذر بأنها ستكون خبيثة، فالمرحلة الصفرية هي المرحلة الاستثنائية التي يؤدي فيها العلاج الى الشفاء ولو أن الأطباء يفضلون عدم استعمال عبارة الشفاء اذ يندر أن يقال لمريض أنك شفيت من السرطان بل يقال إنها خالية من السرطان. **(ليبي، 2017، ص 37)**



الشكل (19): يبين مراحل سرطان الثدي.

http://www.jbcp.jo/ar/understandingbreastcancer/33

2. المرحلة الأولى stade 1:

وتعتبر هي أيضا مرحلة مبكرة ويشترط وجود شرطين لتصنيف السرطان في المرحلة الأولى:

- أن يكون عرض السرطان أقل من سنتمترين.
- انحصار السرطان في الثدي وعدم انتشاره الى أجزاء أخرى في الجسم كالغدد اللمفاوية. **(دايكسون، 2013، ص 82)**

3. **المرحلة الثانية stade 2:**

تعد هذه المرحلة أيضا مبكرة بالنسبة لمرضى سرطان الثدي، حيث أن معدل نجاة المرضى المصابات بسرطان الثدي في المرحلة الثانية أكبر من 70 %. وفي هذه المرحلة ينتشر الورم إلى الغدد اللمفاوية ويبلغ عرض الورم من 2.1الى 5 سم. لكن المرضى المتعالجين من سرطان الثدي في المرحلة الثانية يواجهون خطر الإصابة بسرطان الثدي ثانية.

وتقدر نسبة تكرار حدوث سرطان الثدي خلال 20 سنة في هذه المرحلة ب:

- 33% بالنسبة للأورام التي يكون عرضها من 2.1 الى 3 سم.
- 44% بالنسبة للأورام التي يكون عرضها من 3.1 الى 5 سم. **(Kelly, 2021, p 320)**

4. **المرحلة الثالثة stade 3:** وخلال هذه المرحلة ينتشر السرطان إلى:

- البشرة المحيطية بالثدي.
- منطقة العقد اللمفاوية*.
- جدار الصدر. **(دايكسون، 2013، ص 83)**

وتنقسم المرحلة الثالثة بحد ذاتها إلى 3 مراحل هي:

1.4. المرحلة الثالثة A:

خلال هذه المرحلة ينتشر الورم في 4إلى 9 غدد لمفاوية تحت إبطيه وينتشر بسرعة في الغدد اللمفاوية للثدي ويمكن أن يكون بأي حجم.

لكن عند انتشار المرض في أقل من ثلاث غدد لمفاوية تحت إبطيه أو عند انتشاره إلى عظام الصدر يشترط أن يصل حجمه بالعرض إلى 5 سم. **(Ballas & al, 2022, p16)**

2.4. المرحلة الثالثة B: وخلال هذه المرحلة يجب:

- نمو الورم في البشرة التي تغطي الثدي ما قد يؤدي الى تقرحات أو نزيف.
- أن يشمل نمو الورم جدار القفص الصدري.
- انتشار الورم الى العقد الثدية الداخلية.
- الإصابة بسرطان ثدي التهابي. **(دايكسون، 2013، ص 83)**

---

* **العقد اللمفاوية:** عقد صغيرة على شكل حبة فاصولياء تتواجد على قنوات الجهاز اللمفاوي تحتوي على خلايا تخارب البكتيريا وقد تتعرض للإصابة بالخلايا السرطانية. **(ديكسون ،2013، ص 196)**

3.4. المرحلة الثالثة C:

خلال هذه المرحلة يصل الصدد الى الغدد اللمفاوية العشر الأخيرة، أو الى الغدد اللمفاوية القريبة من الترقوة أو العقد الداخلية للثدي.(Ballas & al, 2022, p16)

5. المرحلة الرابعة stade 4:

تعد المرحلة الرابعة هي المرحلة الأخيرة في سرطان الثدي وخلالها يكون السرطان قد انتشر ووصل إلى أجزاء بعيدة في الجسم، فسرطان الثدي إذا تحول الى سرطان نقيلي **métastasais***قد يصل إلى أي مكان حتى العظام والرئة والكبد. **(ليهي، 2017، ص 39)**

VII. طرق تشخيص سرطان الثدي:

1. الفحص الذاتي للثدي Auto-examen de sein:

إن القيام بالممارسة الذاتية لفحص الثدي من أجل اكتشاف التغيرات التي يمكن أن تحدث في أنسجة الثدي وفي العادة يتم فحص الثدي عن طريق اللمس بمعدل مرة في كل شهر. وقد يساعد الفحص الذاتي للثدي (BSE) على زيادة إمكانية الكشف عن الأورام وتتضمن الممارسة الصحيحة في الفحص الذاتي، التأكد من جميع أنسجة الثدي، بما في ذلك حلمة الثدي ومنطقة تحت الإبطين، وعلى الرغم من أهمية الفحص الذاتي في الكشف عن السرطان عموماً. **(تايلور، 2008، ص 185)**

1.1. كيفية الفحص الذاتي للثدي:

إن أفضل وقت لإجراء الفحص الذاتي للثدي يكون بعد اليوم الرابع من الدورة الشهرية (أين يكون الثدي أصغر وأقل اقتحانا) أما بالنسبة للنساء اللواتي هن في سن اليأس يمكن أن تختار تاريخا دوريا لإجراء الفحص. **(عزاوي، 2021، ص 05)**

2. الفحص الاكلينيكي للثدي examen clinique de sein:

يسعى الفحص الإكلينيكي للثدي إلى اكتشاف تشوهات الثدي وتقييم تقارير أعراض المريض وهو ما يسمح بالعلاج المبكر.

(Osuch & al, 2004, p 327) ويكون من خلال :

1.2. الفحص البدني examen physique: الذي يتم خلاله ملاحظة:

- **حجم الورم:** وهنا يطلب الطبيب من المريض الاستلقاء على ظهرها ورفع ذراعها حتى يتسنى له تقييم حجمه.

---

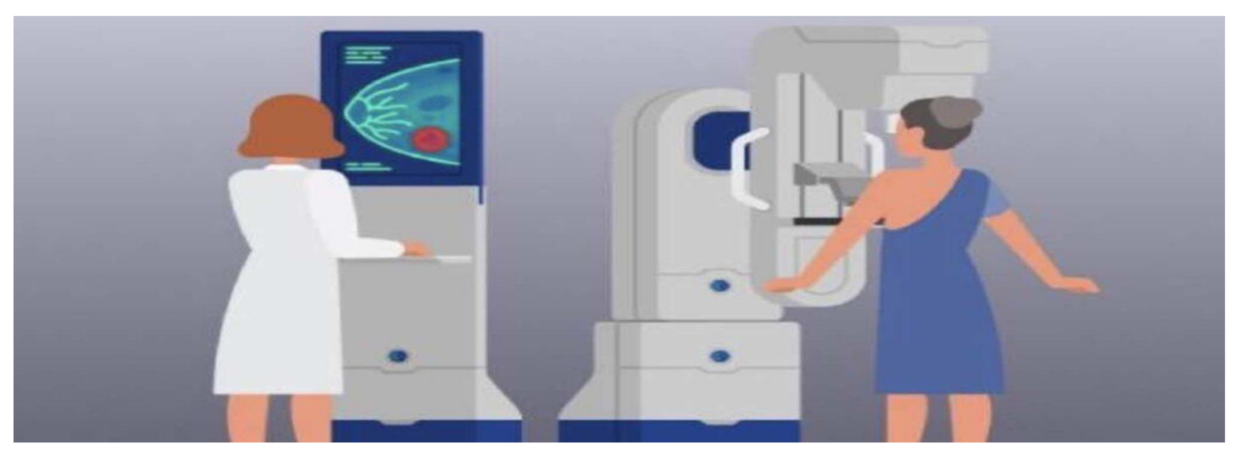
* **سرطان نقيلي: انتشار السرطان من موضعه الأصلي على مناطق أخرى في الجسم. (ديكسون ،2013، ص 196)**

- **حركية الورم:** وهنا يقوم الطبيب بفحص ما إذا كان الورم يتحرك تحت الجلد أو متصل بجدار الصدر حتى الجلد.
- **موقع الورم:** ويعتبر تحديد موقع الورم ضروري للطبيب.
- **مظهر الجلد:** في بعض الأحيان يحدث تغير في مظهر الجلد حيث يمكن أن يكون أحمرا أو متقرحا أو منتفخا.
- **شكل الحلمة والهالة:** وهنا يقوم الطبيب بفحص دقيق للهالة والحلمة حيث يبحث عن وجود التشوه أو التراجع وحتى التقرح فيهما، وقد تكون هذه التغيرات مصحوبة بإفرازات من الحلمة.
- **ملامسة الغدد اللمفاوية:** يرتبط سرطان الثدي أيضًا في بعض الأحيان بزيادة في حجم العقد الموجودة في محيط الثدي وهنا يبحث الطبيب بشكل منهجي عن العقد غير الطبيعية من خلال تحسس الأماكن المختلفة التي يمكن العثور عليها خاصة في الإبط. **(L'institut national du cancer, 2007, p. p 22-23)**

2.2. الفحص الشعاعي mammographie:

عندما يتم اكتشاف شذوذ من خلال الفحص البدني يتم استعمال التصوير الشعاعي للثدي بشكل منهجي. في بعض الحالات فالتصوير الشعاعي للثدي عبارة عن تصوير مقطعي*. يتيح إعادة بناء صورة للثدي عن طريق التقاط صور ثلاثية الأبعاد من زوايا مختلفة يكون خلاله المريض بسرطان الثدي مثبتا ويقف عاري الصدر في حجرة الأشعة.

يتم التقاط صور بالأشعة السينية* (أشعة X) لكل ثدي حيث يوضع الثدي بين لوحين. ويتم أخذ حقنتين لكل ثدي، واحدة من الأمام والأخرى من الجانب ويستمر الاختبار ما بين 5 إلى 10 دقائق ثم يدرس اختصاصي الأشعة كل صورة وإذا تم تحديد الشذوذ يتم وصف المزيد من الفحوصات. **(ARC, 2020, p. p 18-19)**



الشكل (20): صورة تبين أشعة الماموغرام –الفحص الدوري للثدي-
https://tebelyoum.net/7417/6-signs-need-medical-examination-cancer-breast

---

* التصوير **المقطعي**: نوع من الصور السينية يستخدم خلالها الحاسوب لإنتاج صور مفصلة تفيد في تحديد وجود السرطان. **(ديكسون، 2013، ص 196)**

* **الأشعة السينية:** أشعة ذات طاقة عالية تستخدم بجرعات قليلة أثناء تشخيص السرطان وجرعات كبيرة أثناء العلاج. **(ديكسون ،2013، ص 200)**

3.2. الموجات فوق الصوتية L'échographie

الموجات فوق الصوتية للثدي هو فحص يستخدم الموجات فوق الصوتية لإنتاج الصور من داخل الثدي. يتم إجراء هذا الفحص من قبل أخصائي الأشعة. ويعتبر مفيد جدا لمعرفة طبيعة العقد التي تم اكتشافها في الفحص الشعاعي بالأشعة السينية.

ويعتبر فحص تكميلي للفحص الشعاعي ولم يثبت فعاليته بالنسبة للمراهقات لكنه يعتبر مرجعي بالنسبة للنساء المسنات لأنه يوفر صورا فورية تسمح بالمقارنة بين ما تحس به أثناء الجس وبين ما يراه الطبيب على الشاشة.

ومن مميزاته أنه لا يستخدم الأشعة Xوغير مؤلم ويمكن اجراءه في أي يوم من أيام الدورة الشهرية ولا يفترض أن تكون المريضة على معدة فارغة. **(Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, 2002, p02)**

4.2. استخراج عينة من خلايا الثدي للاختبار (خزعة): ويوجد طريقتين لاستخراج عينة من الثدي:

- ✓ **أخذ خزعة[*] من الورم:**

وتتم عن طريق ادخال ابرة في الثدي للحصول على عينة منه، ويستخدم المخدر قبل ادخال الإبرة للحد من الألم.

- ✓ **شفط الخلايا بالإبرة الدقيقة (FNA):** هي عملية أخذ سائل أو خلايا من الورم بواسطة إبرة أصغر. **(Hospital Regional Western Mid)**

5.2. تصوير الثدي بالرنين المغناطيسي IRM:

تم استعمال هذه التقنية في الممارسات الاكلينيكية منذ التسعينات ويحتاج الرنين المغناطيسي في الثدي إلى مختصين على دراية بجميع طرق التصوير الأخرى للثدي.

ويعتبر التصوير بالرنين المغناطيسي للثدي الطريقة الأكثر دقة للكشف عن الأورام الخبيثة. حيث تصل حساسيته لاكتشاف السرطان الغازي الى نسبة ما يقارب 100%.

ويعد التصوير المغناطيسي الطريقة الوحيدة التي تتيح إمكانية تكبير الثدي أثناء التصوير وفحص الغدة اللمفاوية الإبطية. **(Kahan, Tot ,2011, p49-53)**

---

[*] **الخزعة:** استخراج عينة من النسيج لفحصها تحت المجهر للتأكد من وجود كتلة. **(ديكسون، 2013، ص 191)**

IX. النظريات المفسرة لسرطان الثدي:

1. النظرية السيكوسوماتية:

عرفت كلمة سيكوسوماتية في المؤتمر الطبي الأمريكي سنة 1941:" بأنها اضطرابات وظيفية أو بنيوية جسمية يكون سببها الانفعالات المزمنة ترجع إلى اضطرابات حياة المريض وهي اضطرابات نادرا ما يجدي في علاجها العلاج الطبي وحده ولابد من الاستعانة بعلاج نفسي"**(حافري، 2020، ص 432).**

وقد عرفها مارتي **(Marty)** بأنها:" اضطرابات تتجاوز حدود الاضطرابات النفسية عضوية المنشأ أو الاضطرابات العضوية نفسية المنشأ". **(حافري، 2020، ص 433)**

أكد ستورا **(Stora)**. سنة 2018 أن مشكلة مرضى سرطان الثدي أبعد من كونها مشكلة عضوية فلا ينبغي الاستمرار في تطبيق نفس المعاملة لدى جميع المرضى وعدم الاكتفاء بالاهتمام بالمرضى من الناحية البيولوجية دون الاهتمام بخصائص اقتصادهن النفسي. فستورا يؤكد على أهمية تقوية الآليات الدفاعية لاستعادة التوازن النفسي جسدي. **(بعلي وآخرون، 2020، ص 114)**

ويعتمد السيكوسوماتيين في تفسير الاضطراب النفسي جسدي على المفهوم الفرويدي، حيث ربطوا الاضطراب الجسدي بالحياة النفسية والعاطفية للمريض فتاريخ المريض يرتبط بمرضه وهذا لا يعني هنا أن التاريخ النفسي للمريض يؤدي إلى اصابته بالسرطان لكنهم يرون بأن السرطان يمثل استجابة المريض للخبرات المؤلمة في طفولته المبكرة كالموت والهجر والانفصال فالسرطان هو المرض العضوي الذي حدث كنتيجة للخبرات التي لم يتم علاجها نفسيا.

ويرى دومي Dumet أن المرض يستهدف المناطق الأكثر هشاشة لدى الفرد والتي ترتبط بتنظيمه النفسي والجسدي، في حين أن لامبريش **(Lambrichs)** يرى أن وجود خلل في بناء النرجسية الأولية يؤدي إلى أكثر من المرض النفسي ويعيق حتى عملية الشفاء.

ويعزو كازيناف **Cazenave** وهو محلل نفسي مريض بالسرطان. إلى ما يسميه «مرض الرضع لدى البالغين» **(la maladie de la nourisson dans l'adulte)**. ويوضح استنادا لتاريخه الشخصي أن السرطان يعتبر رمزًا لموضوع غائب (الأم) ولاحظ أن العديد من مرضى السرطان الذين كان يتابعهم في التحليل قد عانوا من مشاعر نقص عميقة في طفولتهم المبكرة، كما لو كان الرضيع مهدد بالموت، بسبب عدم وجود علاقة عاطفية كافية مع والدته.

فالطفل الصغير المحروم من وجود الأم الحريصة **la mère attentive** يعاني من الشعور بخطر الموت، والشعور بأنه يتعرض للتهديد باستمرار.

وقد انظم كازيناف **Cazenave** الى نظرية الهوليدينغ"Holding" لوينيكوت"Winnicote"، فالفرد عند الإصابة بالسرطان فإن الرضيع يعود للظهور من جديد ويعيش المعاناة النفسية التي كان يعيشها في بداية حياته. **(Chaumet, 2019, p. p 52-53)**

2. المقاربة عبر الأجيال:

عملت الأخصائية التحليلية والمعالجة النفسية **شتسزنبرج (Schützenberger)** كثيرا في السرطانات فيما يخص الجانب النفسي وخاصة اتجاهاتهم فهي تولي أهمية كبيرة للتحولات الأولية والروابط عبر الأجيال من خلال (التي تحتوي على عناصر هامة حول الحياة وذات سياق عاطفي) وقد اهتمت بتكرار الأمراض والحوادث المتشابهة عبر الأجيال في نفس العمر وهو ما يسمى بمتلازمة أعياد الميلاد. (من خلال العمل مع الجينوغرام* حول الصدمة في التواريخ، السن) لاحظت بأن الأمراض متكررة بشكل منهجي لا يمكن نسبه للصدفة. **(Chaumet, 2019, p. p 52-53)**

وتقترح شتسزنبرج (**Schützenberger**) مفهوم الولاء العائلي اللاشعوري، وهي العملية التي يعرف فيها الفرد نفسه لا شعوريا من خلال تكرار أحداث حياتهم في حياته ومن بين هذه الأحداث قد نجد حادث سيارة، الإصابة بالسرطانات في سن الثلاثين...

يتحدث رونيه كايس "**René Kais**" عن التحالفات اللاواعية* لاستحضار الاتفاقيات والعقود اللاواعية التي تربط الجماعة وخاصة جماعة الأسرة ما يسمح ببقائها. وقد تكون هذه التحالفات أحيانًا غريبة ومرضية يصعب تفسيرها طبيًا. وحقيقة العمل في علم الوراثة السرطانية يسمح بالتأكد من هذه المفاهيم وحيث أننا نلاحظ أنه في بعض العائلات أنه عندما يحمل المريض نفس الطفرة مثل أسلافه يسمح له بأن يكون جزءا من السلالة ويعزز رابط الانتماء بالأسرة، وعلى العكس من ذلك، فإن عدم وجود طفرة أو سرطان لدى الفرد يسمح له بالتميز عن أسلافه ما قد يجعل العلاقة صعبة. **(Chaumet, 2019, p. p 52-53)**

---

* **الجينوغرام:** موراي بوين (1978) هو أول من دافع عن الرسم العرقي للعائلة "الجينوغرام" كوسيلة لفهم النسق، وأداة لتحديد تكوينات الأسرة بشكل أفضل، والتي تعتبر ضرورية في بناء الفرضيات بهدف التكفل النسقي. **(compagnone, 2010, p19)**

والرسم العرقي للعائلة "الجينوغرام" هو أسلوب أو أداة لرسم شجرة العائلة وتسجيل المعلومات حول أفرادها وعلاقاتهم على مدى ثلاثة أجيال على الأقل، وتقوم الرسوم الجينية بترجمة معلومات الأسرة بيانياً بطريقة توفر نظرة عامة وسريعة على أنماط الأسرة المعقدة وتشكل مصدرًا غنيًا للفرضيات حول كيفية ارتباط مشكلة إكلينيكية بسياق عائلي معين، وتقيم بمرور الوقت كل من المشكلة والسياق. **(SchÜtzenberger, 1999, p 2)**

* **التحالفات اللاواعية:** مصطلح استعمله كايس (Kais) والمقصود به تحالفات عائلية بين أفراد الأسرة لاشعورية تقوم هذه التحالفات على إنكار ومحو بعض الأشياء من أجل الحفاظ على الانتماء. **(Carlvaris, 2015, p 69)**

X. الاضطرابات النفسية الناتجة عن سرطان الثدي:

يشكل السرطان تهديدا لحياة الفرد ما يؤدي به إلى أن يستجيب له القلق فيستعمل جهازه النفسي العديد من الميكانيزمات الدفاعية اتجاه هذه الوضعية الجديدة ومن أبرز الاضطرابات النفسية التي تنتج عن السرطان نجد **(شدمي، 2014-2015، ص 108)**

1. الاكتئاب dépression:

يعتبر اضطراب الاكتئاب من الاضطرابات الشائعة لدى مرضى السرطان وله تأثير كبير على المرض أبعد من المعاناة النفسية الناجمة عنه، التي نادرا ما يهتم بها الأطباء الذي يقدمون في العادة مضادات الاكتئاب للتخلص من أعراض الحزن.

وحسب دراسات ميتشل **Mitchell** ينتشر الاكتئاب أعلى بنسبة 6% لدى مرضى السرطان مقارنة بباقي أفراد المجتمع وعلى الرغم من أن الاكتئاب يلاحظ بشكل متكرر في السرطان إلا ألا يوجد اتفاق في تحديد نسبة انتشاره لدى مرضى السرطان بسبب تعدد الأشكال الاكلينيكية للاكتئاب.

ومن أبرز المشكلات التي تواجه المختصين في تشخيص الاكتئاب التشابه بينه وبين أعراض الحزن الطبيعي لدى مرضى السرطان، وهو ما يفرض على المختصين الرجوع للجداول الاكلينيكية لتشخيص الاكتئاب. ومن أبرز عوامل الخطر في ظهور الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

- التاريخ الشخصي الحديث لأحداث الحياة السلبية.
- السوابق النفسية الشخصية.
- نقص الدعم الاجتماعي بعد الإصابة بالمرض.
- تدني المستوى الاقتصادي.
- نوع السرطان الذي يعاني منع الفرد.
- المرحلة التي وصل إليها المرض.
- وجود بعض أنواع العلاج تؤدي إلى الاكتئاب.**(Dauchy & al, 2015, p. p 205-206)**

1.1. الاكتئاب وخطر الانتحار لدى مرضى السرطان:

من الممكن تقدير خطر الانتحار لدى مرضى السرطان بمعدل 2.8 % مقارنة بباقي أفراد المجتمع وتزيد هذه النسبة ب 17% لدى المرضى في مراحل متقدمة ومن أبرز العوامل التي تدفع مرضى السرطان المصابين بالاكتئاب نجد:

- مرحلة الكشف حيث يزيد خطر الانتحار في السنة الأولى بعد التشخيص.

- موقع الورم.
- عدم القدرة على تحمل أعراض الألم والتعب.
- وجود اضطراب نفسي.
- وجود اضطرابات في الشخصية.
- السوابق العائلية في الانتحار.
- الإدمان. **(Dauchy & al, 2015, p 206)**

2.1. علاج الاكتئاب لدى مرضى السرطان:

يستحسن أن يبدأ علاج الاكتئاب مبكرا كون المرضى سيجيدون صعوبة في فهم حالتهم النفسية، ولهذا قد يستغرق الأخصائيين وقتا طويلا لتشجيع المرضى على طلب الاستشارة النفسية أو وصفة طبية تحتوي على مؤثرات عقلية ومضادات الاكتئاب على وجه الخصوص، فالاهتمام الذي يوليه الأطباء للحالة النفسية لمرضاهم يسمح بالتشخيص المبكر واعداد خطة علاج مناسبة للاكتئاب.

يجب أن يشكل علاج الاكتئاب جزءا من العلاج الكامل للسرطان، وقد يسمح تحديد الأعراض التي تسبب الضيق للمرضى ومناقشتها معهم، أن تكون خطوة أولى لقبول فكرة علاج الاكتئاب فبعض المرضى قد يعانون من عدم القدرة على الشعور بالمتعة والبعض الأخر يعانون من اضطرابات في النوم. وهو ما يساعد المعالج على تحديد العلاج النفسي المناسب لحالته. **(Dauchy & al, 2015, p. p 208-209)**

كخطوة ثانية يجب إعطاء المرضى معلومات عن ظروفهم النفسية والاجتماعية والموارد النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يعتمدوا عليها في بيئاتهم العائلية والمهنية.

والخطوة الثالثة تتمثل التحقق من مستوى المعلومات التي يمتلكها المرضى عن السرطان وفهمهم لخطة العلاج فبناء التحالف بين المعالج النفسي وطبيب الأورام والمريض يسمح بالحصول على عديد المعلومات التي تسمح بعلاج الاكتئاب، فهذا التحالف العلاجي مع مرضى السرطان المصابين بالاكتئاب يساهم في الحفاظ على استقلاليتهم ويساعدهم على التخلص من مشاعر الذنب والعزلة جراء الإصابة بالمرض. **(Dauchy & al, 2015, p. p 208-209)**

2. اضطراب التكيف trouble d’adaptation:

❖ يحدث السرطان العديد من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية حيث يحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستواه الوظيفي وهذا بهدف التكيف النفسي الذي يسمح له بالحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية وتعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون. **(شينار،2021، ص76)**

إن ردود الأفعال النفسية التي تحدث في كل مرحلة من مراحل السرطان تنتج عن تداخل ذكريات الخبرات السابقة بهدف تحقيق النجاح في التكيف إلا أنها قد تفشل مما يؤدي إلى ظهور حالة من الضيق الانفعالي تظهر على شكل قلق واكتئاب منذ المراحل الأولى للمرض، فاضطرابات التكيف مع السرطان تختلف من حالة إلى أخرى وتتمثل حسب الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية فيما يلي:

- ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشة لمدة ثلاثة أشهر.
- هذه الأعراض أو السلوكيات تكون هامة ومبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.
- هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد.
- بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من 6 أشهر بعد ذلك.

ولقد تم تحديد فئات في الاستجابات المصابات بالسرطان الثدي تمثل في:

- **الفئة الأولى**: "الاستجابة التجنبية الإيجابية" حيث أن المصابة تتجه إلى النفي أو التهوين من خطورة الإصابة.
- **الفئة الثانية**: "استجابة مقاومة" تكون المصابة إيجابية فتعتبر الإصابة كتحدي
- **الفئة الثالثة**: تكون المصابة على دراية بأنها تعاني من السرطان ولكن ردة فعلها تكون جبرية. **(شينار،2021، ص 76)**

3. القلق anxiété:

لا يعتبر القلق مرضيا في حد ذاته بل حالة نفسية طبيعية لدى الإنسان، يتم التعبير عن القلق فيسيولوجيا وسلوكيا وانفعاليا وسلوكيا **(Kabouri , 2019, p 76)**

يعتبر القلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان ويظهر أثناء: إجراء فحوصات التشخيص، وحين بدء العلاج وحين توقع عودة الورم فمشاعر القلق تزيد وتنقص في أوقات مختلفة، وعادة ما يتمكن المرضى من تخفيف حدة القلق عند الإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بالسرطان والعلاج.

تلعب مشاعر القلق دورا سلبيا في التقدم نحو الشفاء كونه يزيد من الألم ويسبب اضطرابات النوم **(عوض، 2018، ص 15)**

ومن أبرز اضطرابات القلق التي يعاني منها مرضى السرطان نجد:

1.3. حالات القلق الحاد:

يزداد احتمال ظهور القلق الحاد بطابعه المرضي لدى مرضى السرطان بسبب مجموعة مختلفة من العوامل أهمها:

- الأشخاص الذين يمتلكون تاريخ مرضي أصيبوا خلاله بالقلق، او لديهم ماضي من الصدمات العاطفية.
- نقص الدعم الاجتماعي للمرضى.
- يزداد معدل ظهور اضطرابات القلق لدى الأفراد الذين يعانون من إعاقات جسدية.
- وجود بعض الأدوية المستخدمة في علاج السرطان من شانها أن تساهم في تفاقم أعراض القلق. **(عوض، 2018، ص. ص 16-17)**

4. اضطراب صورة الجسم trouble de l'image corporelle:

غالبا ما يكون للسرطان وعلاجاته آثار جانبية على جسم الإنسان حيث أنه يغير مظهره ويهدد خسارة أعضاء من الجسم كحالات البتر مثلا، ولأدوية السرطان آثار جانبية كفقدان الشعر والتعب وتغيير لون الجلد. ولا يؤثر السرطان على تغيير الجسم جسديا فقط بل يؤثر حتى على صورة المريض لجسده ويمكن تعريف صورة الجسم من خلال هذا المنظور بأنها: "مجموعة من المشاعر والمواقف والذكريات التي تراكمت لدى الفرد حول جسده والتي تم دمجها بشكل أو بأخر في الإدراك العام للفرد. وتتكون هذه الصورة من تصورات وتمثيلات تعمل على مساعدة الفرد لإدراك ذاته".

(Dany, Apostolidis, 2009, p9)

يلعب السياق الاجتماعي والثقافي دورا في التأثير الرمزي لصورة الجسد لدى مرضى السرطان، وكذلك الجنس فصورة الجسد لدى النساء ترتبط بالجانب الجمالي في الدرجة الأولى في حين يركز الرجال على الجانب والبيولوجي والوظيفي للجسم.

تختلف صورة اضطرابات الجسم لدى مرضى السرطان باختلاف نوع السرطان، فالإصابة بسرطان الثدي يؤثر على جودة الحياة لدى النساء وعلى النشاط الجنسي ويظهر اضطراب صورة الجسد بطابعه المرضي.

(Dany, Apostolidis, 2009, p9)

تمتلك كل منطقة في الجسم معنى رمزي لهذا فإن عمل الجداد الناتج عن فقدان منطقة معينة يعمل على تغيير رضا الفرد عن صورة جسده، وهو ما يؤدي إلى حوث صدمة نرجسية يصعب تحملها ولهذا فالتكفل بمرضى السرطان الثدي الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يجب أن يشمل:

- تحديد الإصابة على المستوى الجسمي ومستوى الهوية الشخصية والمستوى الوظيفي.

- تحديد الانفعالات المعاشة (الحزن، الشعور بالذنب، اليأس...).
- تحديد الاضطرابات النفسية المصاحبة كالاكتئاب واضطرابات التكيف. **(شدمي، 2014-2015، ص، ص 34-35)**

XI. الميكانيزمات الدفاعية: السرطان، الصدمة النفسية، الاكتئاب:

إن ميكانيزمات الدفاع من الوسائل اللاشعورية التي يلجأ إليها الأنا للدفاع والحفاظ على التوازن النفسي وحماية الذات من الصراع الذي ينشأ عن الاضطرابات النفسية، وباعتبار السرطان، الصدمة النفسية، الاكتئاب، بمثابة عوامل مهددة لصحة الفرد الجسمية والنفسية ومن شأنها أن تسبب له سوء التكيف وتدخله في دوامة من المعاناة النفسية، فإنه سيستخدم لا شعوريا ميكانيزمات دفاعية حتى يحافظ على اتزانه الانفعالي ويحمي نفسه من الانهيار. وسيُعرض فيما يلي أهم الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الفرد في حالة معاناته النفسية من الإصابة بسرطان الثدي، الصدمة، والاكتئاب:

1. الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الشخص المصاب بالسرطان:

إن الإعلان عن مرض خطير كالسرطان تجعل الفرد يعمل على استخدام العديد من الحيل الدفاعية من أجل التكيف. ومن أبرز هذه الميكاميزمات:

- **الرفض:** حيث يرفض المريض حقيقة الإصابة بالسرطان كما لو أن الأعراض غير موجودة بهدف الحماية من الحقيقة المؤلمة.
- **التجنب:** حيث تجنب الشخص هنا الاتصال بكل ما له علاقة بالمرض حيث يبذل مجهود من أجل عدم تذكر خبر الإصابة بالسرطان.
- **العقلنة**: حيث يبحث المريض بالبحث عن أسباب مقبولة اجتماعيا لتبرير أفكار غير مقبولة.
- **النكوص:** ويتمثل في الرجوع لمراحل سابقة قبل الإصابة بالمرض. **(شدمي، 2014-2015، ص 76)**
- **الإنكار:** ويتصرف المصدوم هنا كما لو أنه لم أن أعراض المرض لم يحدث.
- **الانشطار:** وهنا يعمل الفرد على التحكم في القلق عن طريق تقييم الحقيقة والتصرف بطريقة متناقضة كأن يقول أنا بخير لكن ليس لدي شهية جيدة. **(منصوري، 2019-2020، ص 76)**

2. الميكانيزمات الدفاعية المتعلقة بالصدمة النفسية:

تعمل أليات الدفاع عند التعرض للصدمات النفسية على حماية الجهاز النفسي عبر محاولة التخفيف من أثار الصدمة النفسية عن طريق تقليلها أو تمويهها أو إعادة توجيهها، ويظهر عمل آليات الدفاع في خاصيتين مشتركتين بين كل أليات الدفاع حيث تعمل بطريقة لاشعورية وتشويه الواقع ما يسمح بتقليل القلق الناتج عن الصدمات النفسية وتتمثل أغلب الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الأفراد المصدومين فيما يلي:

- **الانكار:** قيام الفرد بإنكار كل ما يرتبط بالحدث الصدمي والاعتقاد بأن كل ما هو حقيقي الواقع غير موجود فيتعامل مع المشاعر والانفعالات الناجمة عن الحدث الصدمي كما أنها لم تحدث.

(Rosenberg, 2013, p. p 75-76)

- **العقلنة:** وهنا يحاول الضحية إقناع نفسه والأخرين بأن ما حدث لم يكن سيء للغاية فيحاول أن يقدم تبريرات لفعل المعتدي ومن فوائد هذه الألية أنها تجعل الجرح النفسي واضحا للمعالج النفسي.
- **النكوص:** يعتبر النكوص ألية دفاعية شائعة في الصدمات النفسية ويقوم خلالها الفرد المصدوم بالعودة إلى الحياة السابقى قبل التعرض للحدث الصدمي. **(Ackerman, Puglisi, 2017, p 35)**
- **فقدان الذاكرة:** يعتبر فقدان الذاكرة من أبرز الحيل اللاشعورية التي يستخدمها الأفراد عند التعرض للصدمات. **(صادق، الشربيني، 2018، ص 98)**
- **النفي الخيالي:** وهنا تحاول الضحية التخفيف من الطابع المؤلم للحقيقة عن طريق تخيل الحادث بشكل أخر للتخفيف من الألم.
- **التثبيت على الصدمة:** وهنا يحول الفرد عن طريق تكرار الحدث الصدمي جعله عاديا. **(مزياني، 2014-2015، ص 116)**

3. الميكانيزمات الدفاعية المتعلقة بالاكتئاب والوظائف التكيفية له:

يستعمل الفرد المصاب بالاكتئاب مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية من أبرزها: النكوص، الكبت، الإسقاط التكوين العكسي، الإنكار.

وبالنسبة للوظائف التكيفية للاكتئاب فتتمثل في: الاتصال الاجتماعي، التنبيه الفيزيولوجي، الوعي الذاتي، الدفاعات النفسية الدينامية. **(أبو زيد، 2008، ص 50)**

يتضح مما سبق تشابه الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الشخص المصاب بالسرطان، مع تلك التي يستخدمها الشخص في حالة تعرضه لصدمة نفسية، أو الشخص المصاب بالاكتئاب، حيث أن جميعهم يستخدمون: الانكار، العقلنة، النكوص، بالإضافة إلى تلك التي تميز السرطان باعتباره حدث صدمي قد يشكل لدى الفرد اضطرابات

نفسية عدة ناتجة منها الاكتئاب، وهذا مع الأخذ بعين الاعتبار شخصية كل فرد وتركيبته البنيوية وكذلك حسب الدعم المحيط به في حالة تعرضه لأحداث صادمة كالسرطان ورد فعله اتجاه تلك الصدمة وما ينجر عنها.

XII. علاج سرطان الثدي:

بعد إجراء الفحص الدقيق لمرض السرطان وتحديد نوعه ومدى انتشاره يقرر طبيب الأورام الطريقة الأفضل للعلاج وقد يستخدم الطبيب عدة وسائل علاجية معا، وفي حال وجود أكثر من طريقة علاجية يشرح الطبيب الأمر للمريضة ويقرران الطريقة التي سيستخدمانها. وفي أغلب الأحيان يكون العلاج بالجراحة هو الحل الأول ثم العلاج بالأشعة من أجل القضاء على السرطان في الغدد اللمفاوية تحت الإبط ثم العلاج بالعقاقير الذي يهدف القضاء على السرطان في خلايا يكون قد انتشر إليها المرض.

ويتوفر في علاج سرطان الثدي نوعين من العلاج هما العلاج الموضعي (العلاج بالأشعة والجراحة) الذي يعالج الثدي وتحت الإبط والعلاج الجهازي (العلاج الهرموني والكيميائي والحيوي) ومعظم النساء الذين خضعن للعلاج الموضوعي يعودون غالبا الى القيام بالعلاج الجهازي. **(ديكسون، 2013، ص 88-91)**

1. العلاج الموضعي traitement topique:

1.1. العلاج الجراحي traitement chirurgical:

يعتبر العلاج الجراحي هو النوع الأكثر شيوعا لدى النساء المصابات بسرطان الثدي ويوجد نوعين من العلاج الجراحي لاستئصال الثدي وهما: الجراحة التحفظية وعملية استئصال الثدي.

1.1.1. الجراحة التحفظية chirurgie conservatrice:

تتراوح الجراحة التحفظية للثدي بين استئصال الكتل وعملية استئصال موضعية واسعة للورم حيث يتم استئصال الورم مع كمية صغيرة من النسيج المحيط به إلى استئصال ربع الثدي.

وتتمثل دواعي الخضوع النساء للجراحة التحفظية في:

- ألا يتجاوز حجم الورم 3 سم.
- عدم انتشار السرطان خارج الغدد اللمفاوية تخت الإبط.
- أن يكون حجم الثدي كبير من أجل النجاح في الحفاظ عليه بعد استئصال السرطان.
- انتشار السرطان خارج الثدي والعقد اللمفاوية.
- حين يؤدي الاستئصال إلى تشويه الثدي. **(ديكسون، 2013، ص 95-97)**

وتوجد بعض العوامل التي لا تسمح بالجراحة التحفظية ولهذا يقمن باستئصال الثدي تتمثل العوامل في:

- عدم ملائمة بعض النساء اللواتي يعانين من أمراض معينة كالتهاب الشرايين المعقد.
- وجود أكثر من ورم واحد في الثدي.
- صغر حجم الثدي.

2.1.1. عملية استئصال الثدي mastecomie:

إن ثلث النساء المصابات بسرطان الثدي يعجزن عن إجراء عملية تحفظية كما أن بعض النساء يفضلن الخضوع لعملية استئصال الثدي لأسباب مختلفة منها تفادي الخضوع للعلاج بالأشعة أو ربما لأنها تشعرهن بالأمان أكثر. وهذا لا يعني أن استئصال الثدي يؤدي بالضرورة إلى النجاة مقارنة بالعلاجات الأخرى. **(ديكسون، 2013، ص 101)**

أ. أنواع عمليات استئصال الثدي:

❖ **عملية استئصال الثدي البسيطة:**

تتمثل عملية استئصال الثدي البسيطة في استئصال نسيج الثدي، ولكن دون إزالة جميع الغدد اللمفاوية وجدار الصدر. فاذا كان حجم الثدي كبير سيكون من الأفضل اللجوء إلى نوع الشق المستخدم في تخفيض حجم الثدي التي تترك أثر على شكل (T)مقلوبة .فعند استئصال جميع نسيج الثدي يتم إحداث شقة فوق الحلمة وتحتها. مع إبقاء كمية من البشرة حتى لا يبقى في نهاية العملية أي جلد مرتخي وتبقى على جدار الصدر ندبة كبيرة في موضع الورم.

❖ **عملية استئصال الثدي الجذرية المعدلة:**

أثناء هذه العملية يفتح نفس الشق في عملية استئصال الثدي البسيطة لكن الفرق يتمثل في استئصال جميع العقد اللمفاوية التي تفرز السائل من الثدي إلى منطقة الإبط ومن الممكن أحيانا إجراء هذه العملية دون إلحاق ضرر بجدار عضلات الصدر.

❖ **عملية استئصال الثدي الجذرية:**

قل ما يتم اللجوء إلى هذه العملية في أيامنا هذه كونها تشمل استئصال الثدي والعقد اللمفاوية والعضلات تحت جدار الصدر.

❖ **عملية استئصال تحت الجلد:**

تجرى هاته العملية لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان صغير الحجم أو معرضات للإصابة بسرطان الثدي فتزال خلالها جميع الأنسجة لكن تحافظ فيها على أكبر كمية من الجلد فيبدو شبيها بالثدي الأصلي مع بقاء ندبات قليلة

ظاهرة مع بقاء الهالة والحلمة على حالهما كونها تجرى عن طريق فتح شق تحت الحلمة أو في طرف الثدي. **(ديكسون، 2013، ص 102-104)**

8.1. العلاج الإشعاعي radiothérapie:

يستخدم العلاج الإشعاعي الإشعاع المؤين الأشعة السينية لقتل الخلايا السرطانية والقضاء على المادة الوراثية* الخاصة بها وتقليص عددها، أثناء العلاج الإشعاعي الخارجي يتم وضع الإشعاع على مسافة من المريض أما أثناء المعالجة الكثيبة* توضع مباشرة في الأنسجة المراد علاجها. وقد يستغرق الأمر عدة أسابيع لإتلاف الحمض النووي للخلية (عادة يستغرق 6 أسابيع في علاج سرطان الثدي.)

قد يؤثر العلاج الاشعاعي على الخلايا السليمة أيضا مثلما يؤثر على الخلايا السرطانية، لكن الخلايا السرطانية تكون أكثر حساسية لعمل الإشعاع كونها أكثر عددا في أنسجة الأورام.

1.2.1. التنفيذ العملي للعمل الإشعاعي:

يتم إعطاء مؤشرات العمل الإشعاعي عادة بعد مناقشة الفريق الطبي الذي يشمل لجراحين وأخصائي العلاج بالأشعة وأخصائي الأورام الطبية، يجب دمج العلاج الإشعاعي في الاستراتيجية العلاجية الشاملة. ففي أغلب الحالات، يتم إجراء الإشعاع بعد الجراحة التحفظية أو استئصال الثدي وغالبا ما يستخدم العلاج الإشعاعي حاليا بعد نهاية العلاج الكيميائي.

2.2.1. خطوات العلاج الإشعاعي:

- **الخطوة الأولى: الاستشارة**

خلال هذه الاستشارة، يوفر أخصائي العلاج الإشعاعي معلومات دقيقة وكاملة عن كيفية العلاج الإشعاعي والعلاج والآثار الجانبية المحتملة والاحتياطات اللازمة لتقليلها إلى أدنى حد. ويخبره أن جلسة الاشعاع تستغرق بعض دقائق وللمريض الحق في قبول أو رفض العلاج الإشعاعي.

---

* **المادة الوراثية**: وتعرف بالجين أو الحمض النووي وتحتوي الخلية الإنسانية في المتوسط على 50 مليون جين يحتوي كل منها على بروتين ذو وظيفة معينة. **(عبد الهادي وآخرون، 1989، ص95)**

* **المعالجة الكثيبة**: هي نوع من العلاج الإشعاعي الداخلي يتم فيه وضع الشرائط أو الكبسولات التي تحتوي على مصدر إشعاع في جسمك داخل الورم أو بالقرب منه.

➢ **الخطوة الثانية جهاز المحاكاة Le simulateur:**

جهاز المحاكاة هو عبارة عن جهاز أشعة سينية ويعتبر الجهاز الأول الذي يستخدم في التحضير للعلاج حيث يتم تحديد مجالات الإشعاع واحداثياتها على الجلد وبالتالي تحديد حجم الجلد الذي سيتم تعريضه للإشعاع باستخدام التنظير الفلوري حيث يتم إجراء مسح لمخطط الثدي والصدر.

➢ **الخطوة الثالثة: جهاز المعالجة**

في الخطوة الثالثة، يتم وضع المريض تحت جهاز المعالجة في نفس الوضع الذي تم اختياره في اليوم الأول من العلاج، تعقد الجلسة استنادا إلى بيانات وفقا لبيانات جهاز المحاكاة وقياس الجرعات.

وخلال هذه المرحلة يمكن أيضا التقاط صور التحقق (gammagraphies) مع اجراء حسابات إضافية لقياس الجرعات لتحسين العلاج ولهذا يتم وضع نقطة وشم صغيرة (توضع بإبر دقيقة قابلة للإزالة بسهولة) في كل زاوية من زوايا الجلد المتعرض للإشعاع. وبعد هذه الخطوة يمكن للعلاج الإشعاعي أن يبدأ ويبقى أخصائي العلاج محافظين على متابعة السير الحسن للعلاج. **(Cutuli, Lafontan, 2004, p 6-8)**

2. العلاج الجهازي traitement systémique:

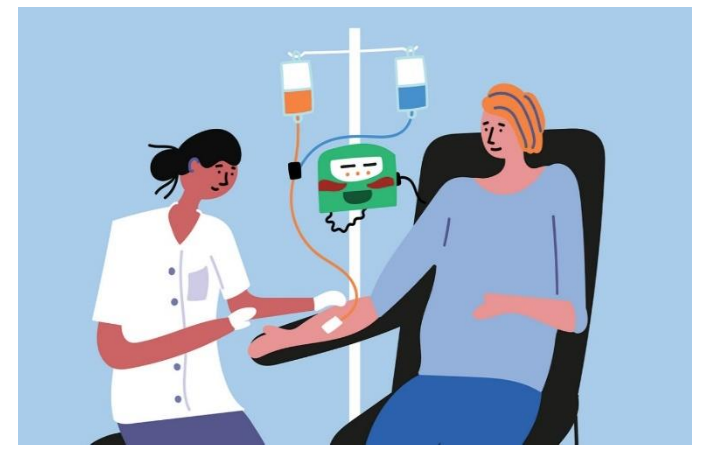
1.2. العلاج الهرموني hormonothérapie:

قد يوقف العلاج الهرموني نمو سرطان الثدي الذي يتأثر بهذا النوع من العلاج ويكون ذلك عن طريق إزالة أو تعطيل الأستروجين أو التستسرون وهو مفيد جدا ويعطي إضافة للعلاج، كما يعمل أسلوب هذا العلاج على منع الخلايا السرطانية استقبال الهرمونات الضرورية لنموها، ويتم ذلك عن طريق تعاطي عقاقير تغير عمل الهرمونات أو عن طريق إجراء جراحة استئصال للأعضاء المنتجة لهذه الهرمونات مثل المبيضين. **(منصوري، 2019-2020، ص 66)**

2.2. العلاج الكيميائي chimiothérapie:

إن المقصود بالعلاج الكيميائي هو استعمال الأدوية الكيميائية المضادة للسرطانات التي تتميز بقدرتها على تدمير الخلايا السرطانية وخاصة التي تتميز بالانقسام السريع.

ينقسم العلاج الكيميائي إلى نوعين يتمثل النوع الأول في استخدام أدوية مستهدفة والنوع الثاني في



الشكل (21): صورة تبين العلاج الكيميائي لسرطان الثدي.
https://www.ibelieveinsci.com

استعمال مجموعة من الأدوية وهو ما يعرف بتجميع الأدوية، يؤخذ العلاج الكيميائي بشكل دوري عبر الحقن عبر الوريد لقتل الخلايا السرطانية. **(منصوري، 2019-2020، ص. ص 65-66)**

1.2.2. كيف يعطى العلاج الكيميائي.

يتم استخدام العلاج الكيميائي عبر استخدام مجموعة من العقاقير على شكل حقن في الأوردة كل ثلاث أسابيع على عدة جلسات يتراوح عددها بين 4 إلى 12 جلسة. **(ديكسون، 2013، ص 141)**

2.2.2. فوائد العلاج الكيميائي:

- يعتبر أقل أنواع علاجات السرطان ارتباطا بعودة ظهوره.
- يؤدي إلى انقطاع الطمث مبكرا ما يعني توقف المبيضين عن إنتاج الأستروجين.
- يتميز بفعالية كبيرة لدى النساء الأصغر سنا. **(ديكسون، 2013، ص 141)**

3.2.2. الأثار الجانبية للعلاج الكيميائي:

- سقوط الشعر.
- ظهور غثيان شديد.
- التقيؤ.
- العقم.
- تلف في القلب والكلى. **(منصوري، 2019-2020، ص 66)**

خلاصة:

بالرغم من التطور الطبي الكبير والتقدم التكنولوجي، واختراع أليات جديدة لعلاج الأمراض يبقى السرطان هاجسا للأطباء والعلماء خاصة لما ينتج عنه من خسائر بشرية فكلمة السرطان ترتبط عادة بالموت وهذا ما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية كالصدمة أو الاكتئاب.

وعلى الرغم من تغير تصورات السرطان في بعض المجتمعات المتقدمة، إل أنه في مجتمعنا الجزائري لا يزال السرطان يرادف كلمة الموت ولحظة الإعلان عن مرض السرطان يعتبرها المرضى بداية العد التنازلي لوفاتهم.

ويعتبر سرطان الثدي من أكثر أنواع السرطانات انتشارا في الجزائر والعامل للوفاة لدى الإناث ولهذا يجب تحسين الرعاية الصحية والقيام بفحوصات دورية خاصة في العائلات الذي يمتلكون تاريخ عائلي يحتوي على الإصابة في التاريخ العائلي.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

I. الدراسة الاستطلاعية.

II. الدراسة الأساسية.

1. حدود الدراسة.
2. خصائص عينة الدراسة.
3. منهج الدراسة.
4. أدوات الدراسة.

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر الإجراءات المنهجية الطريق الأمثل للوصول إلى دراسات علمية دقيقة الأهداف موثوقة النتائج، وحتى تحظى بأكبر قدر ممكن من العلمية في تحليلاتها وجب أن ترتكز على منهج محدد وتسير وفق قوانينه، وعليه خصصنا في الجانب الميداني لهذه الدراسة، فصل يبين سيرنا المنهجي في الوصول إلى أهداف الدراسة.

I. الدراسة الاستطلاعية:

يعتبر الجانب الميداني بمثابة المحور الأساسي لكل بحث علمي، فمن خلاله يمكن التوصل الى نتائج موضوعية تخدم الدراسة ويمكن اعتبار ذهابنا لمكان إجراء الدراسة بمثابة دراسة استطلاعية. حيث قمنا بزيارة مصلحة الأمراض السرطانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر بولاية قالمة بعد الحصول على الموافقة من طرف مدير المؤسسة يوم 2022/02/07، على الساعة 8:00 بعدها توجهنا إلى المصلحة ولكن بسبب تأخر رئيس القسم حتى يرى الموافقة تعذر علينا الاحتكاك بالحالات مباشرة، لكن تم القيام بجولة وملاحظة المريضات ملاحظة أولية رفقة الأخصائية.

1. تعريف الدراسة الاستطلاعية:

هي أول خطوة في الجانب الميداني تسمح للباحث بإجراء نظرة على مجتمع الدراسة وما يحتويه من معلومات ومتغيرات، والتعرف على مختلف الجوانب المتوفرة فيه وذلك من أجل القيام بدراسة معمقة وشاملة.

ويعرف "**حلمي المليجي**" البحث الاستطلاعي على أنه ذلك البحث الذي يختص بالمشكلة في قالبها العام تقريبا، فهي تتعلق بالبحث عن المتغيرات التي قد تكون لها علاقة أو ارتباط بمتغير ما، كما تفيد البحوث الاستطلاعية كثيرا في المراحل الأولى من الدراسة العلمية لمشكلة محددة، بحيث أن بعض المعلومات التي قد تكون مجهولة نسبيا للسيكولوجي قد تكون مهمة لمشكلة الدراسة، ومنه فإن الباحث يلجأ إلى هذا النوع من البحوث بغية التعرف أكثر على المتغيرات التي تتعلق بالآراء التي يتخذها الناس بالنسبة لموضوع معين. **(المليجي، 2001، ص26)**

2. الأهداف:

- التعرف على مختلف جوانب البحث من أجل ضبط متغيرات الدراسة.
- محاولة التعرف على ما ستستغرقه الدراسة من وقت.
- إجراء مقابلة مع الأخصائية النفسية لشرح طريقة تعاملها والحصول على معلومات حول الحالات وحول الأعراض النفسية التي يعانون منها، وعلى مدى ملائمة استخدام استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب على الحالات.
- التعرف على مجتمع الدراسة لتحديد خصائص عينة الدراسة ومدى توفرها على الحالات، وذلك من خلال ما تم جمعه من معلومات جراء المقابلة مع الأخصائية.
- التطلع على الأدوات سواء التشخيصية التي تستخدمها الأخصائية.

3. المعلومات المحصل عليها من الاخصائية حسب تساؤلاتنا:

- ✓ لا تستخدم الأخصائية أية أدوات سواء للتشخيص أو العلاج، بل تعتمد على دقة الملاحظة والمقابلات العيادية و DSM-5 وهذا لخبرتها وتمكنها.
- ✓ معاناة المريضات من صدمة نفسية في الأيام الأولى لمعرفتهن بالمرض (الإعلان عن المرض) واستخدامهن لميكانزيم الانكار والرفض التام للمرض.
- ✓ عدم وجود مصابات بسرطان الثدي في العشرينات ما لا يسمح بتحديدها كفئة عمرية، حيث تتراوح أعمار المريضات بين (30-90).
- ✓ لم تلاحظ الاخصائية أي فروق في شدة الصدمة وشدة الاكتئاب تعزى إلى الحالة الاجتماعية، وهذا راجع إلى أهمية الثدي ومكانته الرمزية بالنسبة للمرأة سواء كانت عزباء أو متزوجة.

4. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

أثناء القيام بهذه الدراسة الاستطلاعية في المؤسسة الاستشفائية ابن زهر بالتحديد في مصلحة الأمراض السرطانية، تم الدخول إلى قاعة العلاج وملاحظة المريضات ملاحظة أولية وهادفة مع الاستفسار عن بعض الحالات، وبمساعدة الأخصائية بعد مقابلتنا لعدة حالات مصابات بسرطان الثدي، اخترنا حالة بطريقة قصدية مباشرة، وكان ذلك يوم الثلاثاء 08 فيفري 2022 من أجل تطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب عليها لمعرفة مدى إمكانية تطبيقهم في الدراسة الأساسية، كما تم القيام بتحديد ما يلي:

- ❖ خصائص الحالات: نساء مصابات بسرطان الثدي.
- ❖ مدى ملائمة أدوات الدراسة والمتمثلة في:
  - شبكة الملاحظة.
  - المقابلة نصف الموجهة.
  - استبيان تقييم الصدمة النفسية الذي يتكون من 10 سلالم فرعية يحتوي كل سلم على عدد من العبارات.
  - قائمة بيك الثانية للاكتئاب والتي تضم 21 مجموعة تحتوي كل مجموعة على أربعة عبارات.

5. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد القيام بإجراء مقابلات وملاحظات أولية، تم التوصل إلى أن الحالة النفسية للحالات متغيرة مقارنة بالسابق حسب أقوالهم، فمظاهر المعاناة كانت واضحة خاصة في تعابير الحزن والألم، كما تم ملاحظة أن التكيف النفسي للمريضات مع المرض يختلف من حالة إلى أخرى، ودرجة التقبل وكيفية الاستجابة عند لحظة الإعلان عن الإصابة تختلف أيضا من مريضة إلى أخرى فدرجة المعاناة النفسية تعكس شدة المرض وتأثيره على المريضة، حيث يدخلها في واقع نفسي مؤلم إضافة إلى درجة خطورته. وتتلخص أهم المشاكل النفسية التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي عموما في الصدمة النفسية نتيجة الإعلان، الاكتئاب، القلق، وقلق الموت، اضطراب صورة الجسم عند المبتورات.

وتم الاتفاق مع الأخصائية النفسانية من أجل تطبيق استبيان تقييم الصدمة وقائمة بيك للاكتئاب الثانية على حالة كان اختيارها بشكل غرضي يخدم أهداف دراستنا وذلك من أجل معرفة مدى إمكانية فهم الحالة للعبارات ومدى سهولة إجابتها عليهم. وتمثلت خصائص الحالة كما يلي:

الجدول (06): يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.

الحالة	السن	الحالة الاجتماعية	الحالة الاقتصادية	المستوى الدراسي	نوع السرطان	جهة الإصابة	تاريخ الإعلان	مدة المرض	مدة العلاج
Nouna	38	عزباء	متوسطة	جامعية	سرطان الثدي	اليمنى	06 فيفري 2022	ثلاثة أيام	أول جلسة.

وأظهرت نتائج التطبيق أن عبارات استبيان تقييم الصدمة واضحة وسهلة الفهم والإجابة، حيث تحصلت الحالة على 118 درجة في استبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq والتي تشير إلى وجود صدمة نفسية قوية جدا، وكذلك بالنسبة لقائمة بيك للاكتئاب الثانية أين تحصلت الحالة على 30 درجة، اكتئاب متوسط، حيث صرحت الحالة أثناء الإجابة على الاختبارين أنها لا تصدق أنها مصابة ولم تستوعب بعد ما يجري.

وحسب النتائج فالاختبارين مناسبين جدا للتطبيق على مثل هاته الحالات. وقمنا بإعداد دليل للمقابلة يتوافق مع أهداف دراستنا ويشمل الجوانب المراد البحث فيها.

II. الدراسة الأساسية:

1. حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر -مصلحة الأمراض السرطانية، وحدة الأورام الطبية ولاية قالمة.
- **الحدود الزمنية:** امتدت فترة الدراسة من 14 فيفري 2022 إلى 20 أفريل 2022
- **الحدود البشرية:** 4 حالات نساء تتراوح أعمارهن من (36-58)، يقمن بجلسات علاج كيميائي كل 21 يوم.
- **الحدود المعرفية:** تمثلت حدود البحث في دراستا حول الثلاثة مصطلحات التالية:



شكل (22): يوضح الحدود المعرفية للدراسة.

2. خصائص عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من ضمن مجتمع الدراسة الذي يبلغ عدده 119 حالة مريضة خلال سنة 2021، و34 حالة خلال سنة 2022 من 2022/01/01 إلى 2022/06/01 متواجدين في المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر-مصلحة الأمراض السرطانية وحدة الأورام الطبية-، وتم اختيار حالات الدراسة بطريقة غرضية* تخدم أهداف الدراسة، وذلك وفق مجموعة من الشروط:

- حالات نساء تتراوح أعمارهن حسب الفئة الموضوعة من (30-60).
- أن يكُن شُخَصن بسرطان الثدي وليسوا مقبلين على عملية البتر طوال فترة الدراسة وذلك لمعرفة الحالة النفسية لغير المبتورات، بحيث لاحظنا أن معظم الذين تعرضوا للبتر يعانين أكثر من اضطراب في الصورة الجسمية. وأيضا حتى تكون النتائج المتوصل إليها موحدة على نفس خصائص العينة نظرا للاختلاف بين الإصابة والبتر.

الجدول (07): يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية.

الحالات	السن	الحالة الاجتماعية	الحالة الاقتصادية	المستوى الدراسي	نوع السرطان	جهة الإصابة	تاريخ الإعلان	مدة المرض	مدة العلاج
الحالة (1) sofi	36 سنة	متزوجة	متوسطة	جامعية	سرطان الثدي	اليمنى	20 أكتوبر 2021	6أشهر	5أشهر
الحالة (2) rita	47 سنة	متزوجة	متوسطة	1 ثانوي	سرطان الثدي	اليسرى	30 أكتوبر 2021	سنة	5أشهر
الحالة (3) nina	54 سنة	عزباء	فقيرة	ابتدائي	سرطان الثدي	اليسرى	جوان 2020	سنتين	سنتين
الحالة (4) Jiji	58 سنة	متزوجة	فقيرة	غير متمدرسة	سرطان الثدي	اليسرى	سبتمبر 2015	7 سنوات	7 سنوات

* **العينة الغرضية:** هي نوع من العينات التي يختارها الباحث تبعا للغرض الذي يستهدف تحقيقه من خلال البحث، ويتم اختيارها على أساس توفر صفات محددة في مفردات العينة والتي تكون هي الصفات التي تتصف بها مفردات المجتمع محل البحث. **(المحمودي، 2019، ص 176)**

3. منهج الدراسة:

1.3. المنهج العيادي:

إن طبيعة الموضوع الذي يتناوله الباحث تحدد عليه في كثير من الأحيان نوعية المنهج الذي يتلاءم مع معطيات البحث، وأهدافه للوصول إلى نتائج دقيقة وعلمية تمكنه من فهم الظاهرة المراد دراستها، وعليه يعرف **محمد قاسم (2003)** المنهج بأنه "تحليل منسق وتنظيم للمبادئ والعمليات العقلية والتجريبية التي توجه بالضرورة البحث العلمي، أو ما تؤلفه بنية العلوم الخاصة". **(قاسم، 2003، ص 52)**

وبناء على الأهداف التي تم تحديدها مسبقا اخترنا المنهج العيادي باعتباره المنهج الملائم لدراستنا التي تركز على حالات فردية والوصول إلى تقييم الصدمة النفسية لدى المرأة نتيجة سماع خبر الإصابة بسرطان الثدي ومدى تأثير ذلك في ظهور الاكتئاب لديها.

وعليه فالمنهج العيادي هو "الدراسة المعمقة للحالة الفردية العادية أو المرضية، بغرض فهم وتفسير التوظيف النفسي الإنساني، مشكلاته واضطراباته العاطفية. **(Mareau, Dreyfus, 2004, P 13)**

ويمكن تعريفه أيضا على أنه مجموعة من التقنيات التي تشترك في السعي لتحقيق الهدف المزدوج المتمثل في جمع معلومات دقيقة حول موضوع المعاناة، وخلق مساحة حيث يمكن التحدث معه وسماعه، وله ثلاثة أبعاد: الملاحظة، الإصغاء، والمساعدة على الانسجام. **(Laurence, Reniers, 2021, p 41)**

ويتميز المنهج العيادي بتركيزه على الدراسات الإكلينيكية التي تدرس الفرد في وحدته الكاملة وفردانيته في نوعه، بمعنى أنها دراسة الفرد ككل متميز عن غيره، والهدف الرئيسي منها هو فهم شخصية الفرد وتقديم المساعدة له، إضافة إلى أنه قد يدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية خاصة. **(المليجي، 2001، ص 30)**

كما تفرض علينا طبيعة الموضوع انتهاجنا لتقنية **دراسة الحالة étude de cas** والتي عرفها **فايز جمعة النجار وآخرون** بأنها "تقنية تهتم بجمع البيانات المتعلقة بظاهرة معينة أو مجموعة أفراد محددين، وتقوم على أساس التعمق في الدراسة والنظر إلى الجزئيات من خلال الكل بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة". **(النجار، وآخرون، 2009، ص 42)**

ويرى **ذوقان عبيدات وآخرون** "أنها أسلوب يعنى في البحث بدراسة حالة فرد ما أو جماعة ما أو مؤسسة ما، عن طريق جمع المعلومات والبيانات عن الوضع الحالي للحالة والأوضاع السابقة لها ومعرفة العوامل التي أثرت فيها والخبرات الماضية"، ومنه تقنية دراسة الحالة تمكن من جمع البيانات العلمية المتعلقة بالحالة والتعمق في دراسة تاريخ الحالة وجل المراحل التي مرت بها، بقصد رسم صورة كلية عن الحالة في علاقاتها المتنوعة والوصول إلى تعميمات متعلقة بها وبغيرها من الوحدات المشابهة لها. **(عبيدات، وآخرون، 2009، ص198)**

وقد تم استخدامنا لهذه التقنية بهدف التعمق المفصل والدقيق لموضوع أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي.

4. أدوات الدراسة:

إن أساس القيام بأي بحث علمي يتطلب استخدام مجموعة من الأدوات والتي تعتبر ذات أهمية بالغة لما توفره للباحث من تسهيلات لجمع مختلف المعطيات اللازمة وذلك من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، واستخدمنا في دراستنا مجموعة من الأدوات المناسبة والمتمثلة في:

1.4. شبكة الملاحظة:

يستخدم الباحثين في علم النفس الاكلينيكي مجموعة متنوعة من الأدوات في جمع المعلومات كالاختبارات والمقاييس التي لا تكون دائما متاحة أو لا يسمح الوقت باستخدامها ما يجعل الملاحظة الأداة الاكلينيكية الوحيدة المتاحة أمامه وهذا لا يعني أنها أقل قيمة من الاختبارات والمقاييس كونها تسمح بملاحظة السلوك كما هو بالفعل ما يجعلها موثوقة وصالحة في أغلب البحوث النفسية.

تعتبر **الملاحظة** من أكثر الأدوات شيوعا في مجال العلوم الطبيعية والإنسانية وأولها وأهمها في أي بحث علمي، حيث يعرفها البعض بأنها "عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظاهرات والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة أو توجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته.

ويعرف سترالج ومريس (1966) الملاحظة على أنها أداة ضرورية وأساسية وتعتبر أيضا مصدر هام للحصول على معلومات عن الفرد موضع الدراسة. **(العزة، 2001، ص 155)**

و**شبكة الملاحظة** التي تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية تعرف على أنها أداة من أدوات البحث العلمي، يستعملها الباحث في علم النفس العيادي لتوجيه انتباهه للجوانب المراد ملاحظتها في سلوك موضوع الدراسة. فهي تساهم في تحديد ما يستحق الملاحظة وبالتالي فهي تتميز بكونها أقل ذاتية من الملاحظة التي قد ينحاز فيها الباحث لعرقه وجسه ودينه إلا أن عيبها الأساسي الجمود ونقص المرونة كونها تقيد الباحث وقد تمنعه من ملاحظة بعض الجوانب التي تتيح الفهم المعمق لموضوع الدراسة. **(Royer & al, 2005, p. p 11-12)**

ومن أجل موثوقية أكثر تميزا وصدقا لشبكة الملاحظة فقد اعتمدنا على النموذج الموجود بالمؤسسة الاستشفائية (أنظر الملحق رقم ..) وبعد اطلاعنا عليه وجدناه بأنه يتضمن جوانب أكثر تقنية من الناحية الطبية والحالة الجسيمية العامة، لكنه يفتقر إلى الجوانب النفسية المراد ملاحظتها بدقة والمتمثلة في المظهر العام، الجانب اللغوي والكلام، الجانب الانفعالي، التوظيف المعرفي، حيث تم استعمالها في ملاحظة مختلف سلوكيات المريضات سواء اللفظية أو غير اللفظية والتعرف أكثر على مختلف الجوانب والخصائص ومدى تكرارها لدى المريضات.

2.4. المقابلة نصف الموجهة:

المقابلة بشكل عام هي أداة مهمة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية، كما أنها تعد من أكثر وسائل جمع المعلومات شيوعا وفاعلية في الحصول على البيانات الضرورية لأي بحث، فقد عرفها "انجلش" على أنها "محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع آخرين بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي أو للاستعانة بها في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج" **(بوحوش،2007، ص75)**، كما عرفها **سامي ملحم** بأنها "علاقة دينامية وتبادل لفظي يتم بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة بهدف جمع البيانات والفهم المتكامل لشخصية المستجيب". **(ملحم، 2006، ص295)**

كما أنها سهلة التطبيق سواء مع العميل "العادي-العصابي" وأيضا مع الذهاني، أو مع المريض المعرض لأمراض جسدية. **(Chiland, 1983, p 20)**

ومنه فالمقابلة هي عبارة عن حوار لفظي بين الفاحص والمفحوص وجها لوجه بغرض الحصول على معلومات واستخدامها في غرض معين.

ولقد تم الاعتماد في هذه ا لدراسة على **المقابلة نصف الموجهة** وذلك حتى نسمح للمريضات بحرية التعبير عن صراعهن وكذا معاناتهن النفسية، وعن حالتهن بعد تلقيهن خبر إصابتهن بسرطان الثدي وتسمح هذه الوسيلة أيضا بالاستفسار عن مختلف الجوانب التي تحتاج إلى إيضاح وتعمق أكثر عن الحالات لفهم حالتهن النفسية حيث يتم توجيههم وفق الهدف المراد الوصول إليه وهذا ما يسهل عملية البحث.

فالمقابلة نصف الموجهة تعتبر أداة لجمع المعطيات والبيانات المختلفة وتعرف على أنها وسيطة بين المقابلة التوجيهية والمقابلة اللاتوجيهية **(روتر،1971، ص115)**، فهي تهدف إلى السير في اتجاه واضح مع أقل توجيه وكذلك ضبط الأسئلة مع المحافظة على حرية التعبير للعميل والبحث عن المعلومات التي تخدم البحث. **(chiland, 1983, P 120)**

وبما أن المقابلة نصف الموجهة تقوم على مجموعة من الأسئلة التي تسهل سيرها، لتشكل ما يسمى بدليل المقابلة الذي يعرف كما يلي:

يرى **عمار بوحوش والذنيبات** "أنه مجموعة من النقاط أو الموضوعات التي يجب على القائم بالمقابلة أن ينظمها مع المبحوث خلال الحوار الذي يعقده معه، ويسمح له بدرجة عالية من المرونة في الطريقة والصياغة والترتيب الذي تخضع له الأسئلة التي يوجهها الباحث للمبحوث. **(بوحوش، الذنيبات، 1995، ص 72)**

فلقد تم القيام بإعداد نموذج لدليل المقابلات مع الحالات الأربعة ويشمل 04 مقابلات، حيث تحتوي كل مقابلة على ستة (06) محاور ما عدى المقابلة التمهيدية التي تضمنت محورين اثنين (02) فقط، وتخدم هذه المحاور موضوع دراستنا وتتماشى مع متغيراته، ويتكون كل محور من عدد من الأسئلة.

مثال على نموذج دليل المقابلة المعتمد:

1. **المقابلة الأولى تمهيدية:**

أهداف المقابلة:

- شرح موضوع الدراسة.
- التأكيد على سرية المعلومات.
- الحصول على موافقة الحالة لإجراء الدراسة.
- الاتفاق على جدول سير المقابلات.
- تبيين الهدف من الدراسة.

المحور الأول: تقديم موضوع الدراسة والحصول على موافقة الحالة.

المحور الثاني: الاتفاق على جدول سير المقابلات.

2. **المقابلة الثانية**: عرض الحالة وتاريخها.

أهداف المقابلة:

- جمع معلومات شخصية عن الحالة.
- جمع معلومات عن تاريخ الحالة.
- جمع معلومات عن سيرورة نموه.
- جمع معلومات عن التنشئة الاجتماعية للحالة.
- جمع معلومات عن السوابق المرضية والاسرية

المحور الأول: المعلومات الأساسية عن الحالة

المحور الثاني: التاريخ الشخصي خلال مرحلة الطفولة.

المحور الثالث: التاريخ الشخصي خلال مرحلة المراهقة.

المحور الرابع: التاريخ الشخصي خلال مرحلة الرشد.

المحور الخامس: التاريخ الطبي الشخصي والأسري.

المحور السادس: البيئة والتاريخ التعليمي والمهني.

3. **المقابلة الثالثة:** الصدمة النفسية.

أهداف المقابلة:

- التأكد من وجود الصدمة النفسية.
- تقييم مستوى الصدمة النفسية.
- تحديد متلازمات ما بعد الصدمة.

المحور الأول: الصدمات السابقة.

المحور الثاني: صدمة السرطان.

المحور الثالث: إعادة معايشة الحدث الصدمي.

المحور الرابع: تجنب الحدث الصدمي.

المحور الخامس: الصدمة والاكتئاب.

المحور السادس: تطبيق استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ.

4. **المقابلة الرابعة:** الاكتئاب.

أهداف المقابلة:

- التأكد من وجود الاكتئاب.
- تقييم مستوى الاكتئاب

المحور الأول: العلاقات الاجتماعية.

المحور الثاني: الأفكار الاكتائبية.

المحور الثالث: الانفعالات والمزاج.

المحور الرابع: الأعراض الجسدية.

المحور الخامس: الأعراض السلوكية.

المحور السادس: تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب.

3.4. استبيان تقييم الصدمة النفسية TRAUMAQ:

قام بإعداد استبيان الصدمة النفسية كل من Carole Damiani et Maria Pereira-Fradin سنة 2006 في باريس Paris وهو لا يقيس الضغط النفسي، بل هو يقوم بتقييم متلازمة ما بعد الصدمة بعد التعرض لحادث صدمي يهدد بالموت بالنسبة للفرد أو للآخرين.

أدوات القياس النفسي الحالية يتم بناؤها اعتمادا على الدليل التشخيصي والإحصائي **DSM**. وتحفظا لما تم إنشاءه مسبقا فالمؤلفون فضلوا النظر للصدمة النفسية بصفة شاملة. وعلى العموم هناك أعراض يجب مراعاتها.

إن الصدمة أيضا تقوم بتقييم الأعراض المرتبطة بشكل متكرر، خاصة حالات الاكتئاب والحالات السيكوسوماتية وتأخذ أيضا بعين الاعتبار الخبرات المؤلمة، وبشكل خاص الشعور بالذنب، العدوانية، ومدى تأثيرها على جودة الحياة.

1.3.4. الهدف:

- تقييم الاضطرابات الصدمية الحادة والمزمنة، والتغيرات التي تطرأ في الشخصية ما بعد مواجهة الصدمة.
- المساهمة في البحوث الوبائية.
- المساهمة في المصادقة على العلاج.

وبالتالي، فإن دمج استبيان الصدمة في الممارسة العيادية يمكن أن يساعد في التشخيص، كما يمكن أيضا أن يكون أداة بحث للدراسات الوبائية أو لرصد تأثير العلاج النفسي. **(Damiani, Fradin, 2006, p 10)**

2.3.4. المجتمع المعني بالاستبيان:

الاستبيان مخصص للبالغين من سن 18 سنة الذين واجهوا حقيقة الموت بشكل مباشر ووحشي، هؤلاء هم الأشخاص الذين لديهم تصور مباشر للحدث، مثل:

- الراشدين الذين كانوا هم الضحايا المباشرين أو شهود على جريمة جنائية (الاعتداءات الجنسية، الاغتصاب، اعتداء مسلح، رهينة، اعتداء وضرب، الاختطاف... الخ).
- الراشدين الذين تعرضوا لحادث سير أو شاهدوا مسرح الجريمة.
- الأفراد الذين كانوا ضحايا أو شاهدين على مصيبة كبرى مع التهديد بالموت مثل الإصابة بمرض خطير يهدد الحياة كالسرطان ...الخ.
- الأفراد ضحايا أو شاهدين على حادث بالطريق العام.

يقضي مجال توظيف استبيان TRAUMAQ: بمعنى المستبعدين:

- الأفراد الذين لم يتعرضوا للحدث مباشرة.
- الأطفال الضحايا.

- الأفراد ضحايا وضعيات متكررة (زنا المحارم، سوء المعاملة ... إلخ).
- أقارب الضحايا. **(عروج، 2016-2017، ص 148)**

3.3.4. محتوى الاستبيان: يحتوي على قسمين:

أ. **القسم الأول:** قياس التجربة أثناء الحدث، وردود الفعل اللاحقة ما بعد الحدث. وهي تشكل أساس الاستبيان مما يجعل من الممكن تحديد التشخيص.

ب. **القسم الثاني:** قياس وقت ظهور الاضطرابات الموصوفة ومدة بدأها، انه يوفر معلومات إضافية قد تكون مفيدة بالنسبة للأخصائي أو الباحث، الخبير.

4.3.4. معلومات عامة:

استبيان الصدمة يسمح بجمع عدد كبير من المعلومات لأجل إجراء التقييم الكامل. ويتم تقديم هذه المعلومات في شكل عناوين مدرجة في أول صفحتين من الاستبيان.

5.3.4. معلومات عن الحدث والموضوع:

- **معلومات عن الحدث:** يجب أن يمثل الحدث في أصل الاضطرابات خطرا محتملا للموت كالسرطان الذي يعتبر مرض خطير يهدد حياة الفرد، وتهديد حقيقي بالقتل للأفراد الذين هم ضحايا مباشرون أو الشاهدين على ذلك. يمكن أن يكون هذا الحدث:
  - فردي، إذا كان هناك ضحية واحدة فقط (مثال: اغتصاب شخص واحد).
  - جماعي، إذا كان يتعلق بعدة أشخاص في نفس الوقت (مثال: كارثة طبيعية تسبب آلاف الضحايا).

يتم سرد هذه الأحداث ضمن فئة "الأحداث الطبيعية":

- الكوارث التكنولوجية: انفجار في مصنع...
- الكوارث الجو بحرية: تحطم طائرة، حطام سفينة، حادث قطار...
- حادث طريق عام: حوادث مرور تحتوي على سيارات، دراجات نارية...
- الهجمات: هجمات إرهابية.
- الحوادث المنزلية: حادث مكان الإقامة، مثال: إطلاق النار، تسرب غاز...
- أخذ الرهائن أو الحبس: يتم احتجاز الشخص (الأشخاص) ضد إرادتهم ويعملون بمثابة "أوراق مساومة" للحصول على تعويض مالي أو أي ميزة. مثال: أخد رهائن على متن طائرة، أو الاستعانة بمدير بنك في منزله للحصول على مفاتيح الخزنة.
- الاعتداء والضرب: يتم تنفيذ الضربات عن قصد وتسبب إصابات السقوط في مكان عام.
  (Damiani, Fradin, 2006, p. p 10-11)
- الاعتداءات الجنسية: اعتداءات جنسية مرتكبة بعنف، أو تهديدات.

- اغتصاب: أي فعل من أفعال الإيلاج الجنسي أيا كانت طبيعية يتم بالعنف والإكراه أو التهديد.
- تهديدات بالقتل: تهديدات متكررة في سياق النزاع.
- أخرى: يجب أن يشمل هذا القسم خطر حقيقي للموت. مثل مرض الأمراض المزمنة الخطيرة كالسرطان مثلا. **(Damiani, Fradin, 2006, p. p 10-11)**

➢ **معلومات متعلقة بالفرد:** قد يكون سبب الحادث:

- إصابات نفسية أو جسدية تتطلب معاينة.
- انقطاع العمل المؤقت، سواء في النشاط المهني أو غيره، وحسب تقدير الطبيب يكون في بضعة أيام، وهي تمثل الفترة التي يكون فيها الضحية غير قادر كليا أو جزئيا على أداء عمل الحياة اليومية.
- يتم تحديد العجز الجزئي المستمر عن طريق الخبرة ويتوافق مع الآثار النهائية، والحد من الإمكانيات الجسدية أو النفسية الذهنية التي تظل الضحية متأثرة بها، لا يمكن التقدير إلا بعد الدمج لذلك بعد مرور وقت متأخر جدا، يتم تقييمه كنسبة مئوية من 0 إلى 100%. **(عروج، 2016-2017، ص. ص 149-150)**

➢ **المعلومات المتعلقة بالفترة السابقة والفترة التي تلي الحدث:**

يجب تحديد الأسرة والوضع المهني للشخص.

يمكن تصنيف المشاكل الصحية قبل الحدث على النحو التالي:

- التاريخ الطبي.
- الجراحي.
- النفس-جسدي.
- النفسي، وغير ذلك

من الممكن أيضا تحديد ما إذا كان الشخص يخضع للعلاج الطبي (طبيعته) وما إذا كان يتابع علاجا منذ وقوع الحدث (طبيعته).

- شكل العلاج النفسي (قبل و/أو بعد الحدث).
- الأحداث السابقة التي أثرت بعمق على الشخص. **(Damiani, Fradin, 2006, p. p 10-11)**

6.3.4. محتوى ووصف جزأين من الاستبيان:

تم كتابة عناصر الاستبيان من قبل علماء النفس والأطباء النفسيين المتخصصين في علم الضحايا. كانت العناصر والمقاييس موضوع الدراسات ما قبل التجريبية من أجل إزالة الغموض والعناصر ذات غير الصلة.

الجزء الأول*: ردود الفعل الفورية (أثناء الحدث) والاضطرابات النفسية (ما بعد وقوع الحدث). يتكون هذا الجزء من 10 سلالم يحتوي كل سلم على عدد من البنود: **(Damiani, Fradin, 2006, p 12)**

1. **أثناء الحدث:**

- **السلم A: (8 بنود):** ردود الفعل الجسدية والعقلية الفورية أثناء الحدث.

2. **ما بعد الحدث:**

- **السلم B: (4 بنود):** الأعراض المميزة لتناذر التكرار (الانبعاثات، المشاهد المكررة، الانطباع بإحياء الحدث، القلق.
- **السلم C: (5بنود):** اضطرابات النوم.
- **السلم D (5 بنود):** القلق، الحالات الفوبية.
- **السلم E (6 بنود):** التهيج، فقدان السيطرة، اليقظة المفرطة.
- **السلم F (5بنود):** التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان.
- **السلم G (8 بنود):** الاضطرابات المعرفية (الذاكرة، التركيز، الانتباه).
- **السلم H (8 بنود):** اضطرابات الاكتئاب (فقدان الطاقة والحماس، الحزن، الرغبة في الانتحار).
- **السلم I (7بنود):** تجارب مؤلمة، الشعور بالذنب، فقدان تقدير الذات، المشاعر العنيفة والغضب.
- **السلم J (11 عنصرا):** نوعية الحياة. **(عروج، 2016-2017، ص 151)**

---

* **الجزء الثاني:** وقت ظهور الاضطرابات ومدتها **(اختياري)**. ولم نستخدمه في الدراسة الحالية.

هذا الجزء يجعل من الممكن أن تأخذ في الاعتبار المظاهر التي قد تكون اختفت عندما تم إجراء الاستبيان. يتكون من 13 عنصرا تتوافق مع المجموعات الرئيسية للأعراض التي تم تقييمها في الجزء الأول من الاستبيان.

الإحساس بإعادة إحياء الحدث في شكل ذكريات وصور (سلم ب من الجزء الأول).

اضطرابات النوم: صعوبة في النوم، كوابيس، استيقاظ ليلي (سلم ج من الجزء الأول).

القلق وعدم الشعور بالأمان (سلم د من الجزء الأول).

الخوف من العودة إلى مكان الحدث أو الأماكن المماثلة (السلم د من الجزء الأول).

العدوان والتهيج وفقدان السيطرة (السلم هـ من الجزء الأول).

اليقظة والحساسية المفرطة للأصوات وعدم الثقة (السلم هـ من الجزء الأول).

ردود الفعل الجسدية مثل: الصداع، الرجفة، الغثيان... (السلم ر من الجزء الأول).

المشاكل الصحية: فقدان الشهية، الشره العصبي، تدهور الحالة الجسدية... (السلم ر من الجزء الأول).

الزيادة في استهلاك بعض المواد: السجائر، الكحول ... (السلم ر من الجزء الأول).

صعوبات في التركيز أو الذاكرة (السلم ز من الجزء الأول).

عدم الاهتمام وفقدان الحماس والرغبة في الانتحار (السلم ومن الجزء الأول).

الميل إلى الانعزال (السلم ز من الجزء الأول).

الشعور بالذنب (السلم ي من الجزء الأول). **(Damiani, Fradin, 2006, p13)**

7.3.4. تعليمات التطبيق:

يطبق هذا الاستبيان تطبيقا غيري Pasation-HeTRo، بمعنى عن طريق شخص آخر، أما مدة تطبيقه تختلف من شخص لآخر ومن المناسب تحديد العينة العامة التالية:

- من المستحسن تحديد التعليمة العامة:" يجب عليكم الاجابة على جميع الأسئلة، يمكنكم الرجوع للوراء أو الانتقال إلى سؤال آخر في خال لم تكن لديكم إجابة في الحين لكن يجب الاجابة عن هذه الأسئلة فيما بعد".
- نوعية التشخيص مرتبطة بشكل كبير بدقة المعلومات التي يتم جمعها من الموقف المتبنى عن طريق الفاحص (أخصائي نفسي، طبيب...الخ) يجب أن تكون هذه الطريقة ترحيبية ومحايدة. من الضروري التأكد مسبقا من تمكن الشخص من اللغة الفرنسية للإجابة عن الأسئلة المطروحة.
- أما التطبيق الذاتي لاستبيان الصدمة TRAUMAQ يمكن فقط أن يحدث ضمن شروط صارمة، حين تتطلب الوضعية تطبيق جماعي، في هذه الحالة يجب علينا التأكد بأن الأفراد المعنيين بالإجابة على هذا الاستبيان يفهمون التعليمات المعطيات والأسئلة المطروحة (التمكن الجيد من لغة الاستبيان، قدرات فكرية كافية). يجب أيضا أن تكون حالتهم العاطفية مستقرة بشكل كاف حتى يكون جمع الاجابات من الاستبيان موثوقا، من الضروري وجود خبير في المجال معك.
- في إطار هذه العملية " التطبيق الجماعي"، يمكن أن تقرأ التعليمة الآتية بصوت عال: " الاستبيان الموجود أمامكم يتضمن صفحتين من المعلومات ويتكون من جزئين، الصفحتان الأوليتان موجهة من أجل فهم الشروط التي وقع فيها الحدث. ابدأوا بملئهم وإذا واجهتم صعوبات في الاجابة عن سؤال أو عدة أسئلة لا ترددوا في الاستفسار عن الأسئلة من الخبير الحاضر معكم، نطلب منكم ببساطة انتظار الإجابة على الجزئين الأول والثاني، يرجى الاجابة على جميع الأسئلة المطروحة في الجزئين الأول والثاني.
- يمكنك العودة أو تجاوز سؤال إذا لم تكن لديك اجابة حالية لكن يرجى العودة إلى هذه الأسئلة لاحقا، ويمكنكم أخذ وقتكم في الاجابة عن الأسئلة". **(عروج، 2016-2017، ص. ص 152-153)**

8.3.4. تعليمات التقييم:

للجزء الأول من الاستبيان (استثناءات من أجل السلم I)، لدى الفرد 4 اختيارات لإجابة تتماشا مع درجة تكرار التظاهر:

منعدم (0درجة). - ضعيف(1درجة) - شديد (2 درجة) - شديد جدا(3 درجة).

السلم I يتكون من 9 عناصر يتم الاجابة عليها من طرف الفرد بـ"نعم" أو "لا". طبيعة السلوكيات المقاسة لا تسمح بتقييم دقيق في درجات الاختلاف.

بعض العناصر المعكوسة: من المستحسن استعمال شبكة التقييم الممثلة في الجدول 3.1 من أجل تحديد العناصر التي الاجابة عليها بـ"نعم" تتماشى مع التناذرات النفسية الصدمية و التي اجابتها بـ"لا" ولا تتماشى مع هذا المعنى.

(Damiani, Fradin, 2006, p 15)

9.3.4. حساب العلامة الخام حسب السلم:

أ. **الجزء الاول من الاستبيان*: ردود الأفعال الحالية (خلال الحادثة) والاضطرابات الصدمات النفسية (منذ الحادثة).**

من الدرجات A إلى I تتحصل على النقطة في السلم بإضافة أجوبة الفرد لكل عنصر (0، 1، 2، 3) العلامات تكون ما بين 0 إلى 24 بالنسبة لدرجات السلم A وH، من 0 إلى 12 لدرجات سلم B، ومن0 إلى 15 لدرجات سلم F-D-C، ومن 0إلى 18 لدرجات سلم Eومن 0 إلى 9 لدرجات سلم G.

من أجل السلم J، من المستحسن استعمال الجدول أسفله وتحسب نقطة 1 من أجل كل خانة رمادية مشطبة و0 من اجل الخانة البيضاء.

الجدول (08): يوضح شبكة تقييم بنود السلم J

J11	J10	J9	J8	J7	J6	J5	J4	J3	J2	J1	الاجابة
■					■	■	■				نعم
	■	■	■	■				■	■	■	لا

تكون النقطة الاجمالية الخام بإضافة النقاط إلى مختلف درجات السلم، المدى النظري للنقاط الخام يتراوح بين 0 و164 حساب النقطة الاجمالية (النهائية) ممكن عن طريق الانسجام العالي للاستبيان من جهة أخرى التحليل العاملي التأكيدي يسلط الضوء على تواجد عامل أساسي يمثل نسبة 45% النتيجة المشروحة. **(Damiani, Fradin, 2006, p 16)**

معاينة صدق استبيان TRAUMAQ:

تم تقييم موضوعات الدراسة السيكومترية المقدمة في هذا الدليل في سياق مساعدة ضحايا الأحداث التي يحتمل أن تكون مؤلمة .تم إجراء إدارة الاستبيان من قبل علماء النفس الإكلينيكي .تتكون العينة الأساسية من 141 شخصًا (34 % رجال و66 % نساء) تتراوح أعمارهم بين 18 و85 عامًا (المتوسط: 40.5 عامًا). **(Damiani, Fradin, 2006, p 17)**

* **الجزء الثاني من الاستبيان**: المدة الزمنية لظهور الاضطرابات الموصوفة ومدة استمرارها. (جزء اختياري ولم نطبقه في الدراسة الحالية)

- المعلومات المستقاة في هذا الجزء ذات جودة عالية وموجهة لتكملة التقييم الاكلينيكي للسلالم المستعملة وهي سلالم تتكون من 9 نقاط تسمح بوضع تقدير المدة الزمنية، والمواعيد النهائية للاضطرابات منذ الحادثة. **(عروج، 2016-2017، ص 154)**

الجدول (09): يوضح توزيع الأشخاص وفقا للأحداث التي تم التعرض لها.

الأحداث المعيشية	N	%
كارثة طبيعية	9	6
حادث مرور	38	27
هجوم	1	0.7
حادث منزلي	3	2.1
أخذ رهائن أو حبس قسري	4	2.8
سطو أو سطو مسلح	26	18.4
الضرب والاعتداء	40	28.4
الاعتداء الجنسي أو الاغتصاب	6	4.3
الابتزاز	1	0.7
تهديد بالقتل بالسلاح أو بدونه	9	6
غير ذلك، كالإصابة بمرض خطير يهدد الحياة مثل السرطان.	4	2.8

خصائص المجموعة كما يلي:

- ثلاثة وثلاثون (33) ضحية للأحداث الجماعية (23٪): مائة وثمانية (108) ضحايا للأحداث الفردية (77٪).
- ثمانون (80) شخصًا يعيشون بمفردهم (56.7٪): واحد وستون (61) يعيشون مع شريك أو مع عائلة (43.3٪).
- الأحداث المعيشية المدرجة في الجدول (09) أعلاه.

10.3.4. الاتساق الداخلي للصدمة.

تم تقييم الاتساق الداخلي للمقاييس من خلال مراعاة متوسط الارتباط بين عناصر السلم من ناحية، ومن ناحية أخرى ألفا كرونباخ الكلاسيكي باستثناء السلم J المكون من عناصر ثنائية التفرع. فيما يتعلق بالمعايير المعتادة (α≤70)، فإن الاتساق الداخلي للمقاييس مرضٍ: الاتساق الداخلي للاستمارة مهم (α= 94). **(Damiani, Fradin, 2006, p 18)**

11.3.4. الصلاحية الخارجية للصدمة.

تمت دراسة صحة هذا الاستبيان على أساس معيارين متزامنين: درجة تأثير مقياس الحدث المنقح L'impact Event Scale-Revised، والتقييم الإكلينيكي، وتم إنشاء البيانات من عينة فرعية من 125 شخصًا (جميعهم من عينة المعايرة) تتكون من 42 رجلاً و83 امرأة، تتراوح أعمارهم بين 18 و85 عامًا (متوسط العمر: 40.7 عامًا).

ومقياس الحدث المنقح هو مقياس لتقييم الصدمات تم تطويره بواسطة Weiss et Marmar (1996) وتم ترجمته إلى الفرنسية بواسطةBrunet. King et Weiss ، وتوجد نسخة محسنة من تأثير مقياس الأحداث التي أنشأها هورويتز في عام

1979. وتستند استمارة التقييم الذاتي إلى الإطار النظري لـ DSM-5 ويؤكد بشكل خاص على الأبعاد الثلاثة لما بعد الصدمة: التجنب، التكرار وفرط النشاط اللاإرادي.

ويحتوي IES-R على 22 عنصرًا تم تصنيفها على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح من 0 (غياب الأعراض) إلى 4 (أعراض شديدة جدا)، وتمت مقارنة التشخيص الذي تم التوصل إليه من الصدمة أيضًا بالتقييم الإكلينيكي الذي أجراه علماء النفس باتصال مع الأشخاص من أجل الحصول على تقييم كمي موحد، حيث طُلب من كل طبيب نفساني مسؤول عن مراقبة الضحية، تقييم شدة الصدمة النفسية بناءً على المقابلات المحققة وإجراءات العلاج المختلفة المطبقة. تحقيقا لهذه الغاية، تم اقتراح مقياس من 5 نقاط له، تتراوح درجاته من 0 (غياب الصدمة) إلى 4 (صدمة قوية جدًا).

(Damiani, Fradin, 2006, p. p 18-19)

الجزء 1: ردود الفعل الفورية واضطرابات الصدمة النفسية:

من أجل إظهار المستويات المختلفة لشدة متلازمة ما بعد الصدمة مع الأخذ بعين الاعتبار توزيع الدرجات الأولية على المقاييس المختلفة والنتيجة الإجمالية (بالقرب من خصائص التوزيعات العادية)، تم إنشاء توحيد من خمس فئات للنتائج الأولية حسب السلم ولإجمالي النقاط في الجزء 1. اختيار عدد الفئات يتوافق مع المستوى المثالي لسهولة القراءة لمستخدم الاستمارة. **(Damiani, Fradin, 2006, p. p 19-20)**

الجدول (10): يوضح تحويل النقاط الخام إلى نقاط معايرة حسب كل سلم.

المقاييس	معايرة الملاحظات				
	1	2	3	4	5
السلم A	0-6	7-12	13-18	19-23	24
السلم B	0	1-4	5-7	8-9	10و +
السلم C	0	1-3	4-9	10-13	14 و+
السلم D	0	1-4	5-9	10-13	14 و+
السلم E	0-1	2-4	5-9	10-14	15 و+
السلم F	0	1-3	4-6	7-9	10 و+
السلم G	0	1-2	3-5	6-7	8 و+
السلم H	0	1-3	4-11	12-17	18 و+
السلم I	0-1	2-5	6-9	10-16	17 و+
السلم J	0	1	2-5	6-7	8 و+

الجدول (11): يوضح تحويل مجموع النقاط الخام للجزء 1 إلى نقطة معايرة ومستوى شدة الصدمة.

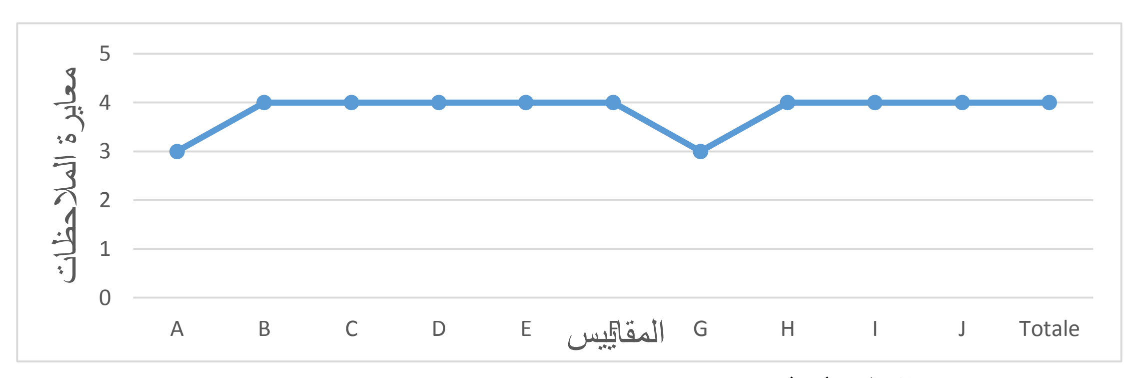
الفئات	1	2	3	4	5
الملاحظات الخام	0-23	24-54	55-89	90-114	115و+
التقييم الأكلينيكي	غياب الصدمة	صدمة خفيفة	صدمة متوسطة	صدمة قوية	صدمة قوية جدا

12.5.4. التحليلات النموذجية.

باستخدام طريقة التصنيف الهرمي التصاعدي للموضوعات (طريقة وارد «Word» النقطة الوسطى) على أساس الدرجات التي تمت معايرتها للمقاييس في الجزء 1 (الجدول السابق 9 ص 149)، نسلط الضوء على أربعة بروفيلات للضحايا التي يتم عرض خصائصها في الشك، والتي تعتبر كمثال توضيحي لكيفية استخراج البروفيل النفسي (A, B, C, D) حسب التصنيف الهرمي التصاعدي لأفراد العينة.

البروفيل A: تناذر نفسي صدمي شديد (41% من العينة، N= 58)

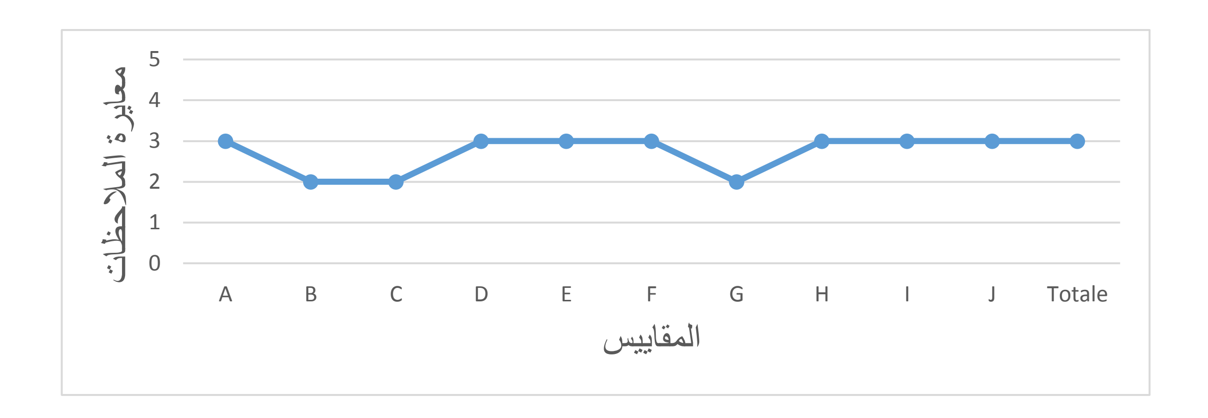
- النقطة الكلية للمعايرة العالية (4 على الأقل).
- يفترض تشخيص متلازمة الصدمة النفسية الشديدة وجود درجة معايرة عالية في كل من المقاييس.
- كما يفترض الرد بـ "نعم" على السؤال A6(هل تعتقد أنك ستموت و / أو ستحضر مشهدًا لا يطاق؟).



الشكل (23): يبين البروفيل A: تناذر نفسي صدمي شديد.

البروفيل B: تناذر القلق الاكتئابي (بدون متلازمة الصدمة النفسية المعلنة) (N=37، 26%)

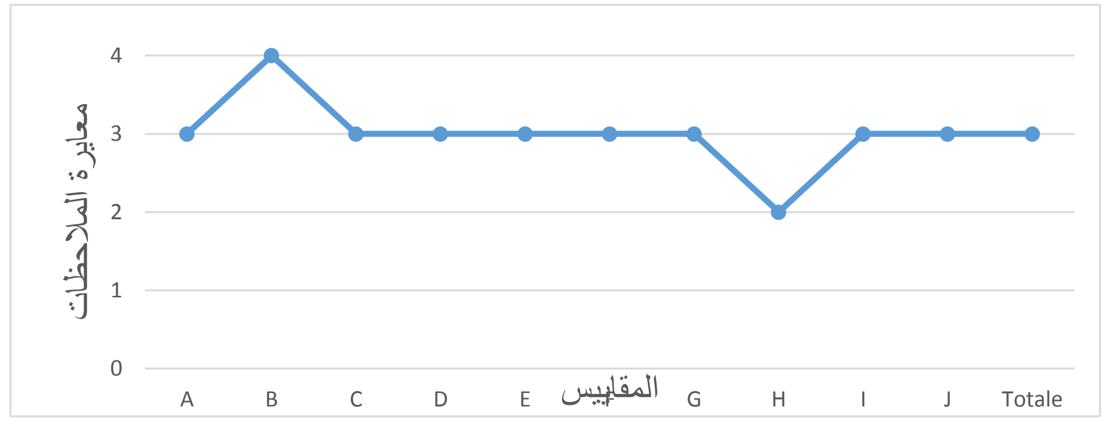
- مجموع نقاط معايرة متوسطة (3).
- نقاط معايرة متوسطة (3) على السلم A التأثير الصادم للحدث ليس مرتفعًا .
- نقاط معايرة منخفضة (2 أو أقل) على المقاييس B-C-G.
- متوسط النقاط المعايرة (3) على مقاييس-D-E-F-H-I .



الشكل (24): يبين البروفيل B: تناذر القلق الاكتئابي (بدون متلازمة الصدمة النفسية المعلنة)

البروفيل C: تناذر نفسي صدمي معتدل (بدون اضطرابات اكتئابية) (N=20، 14%)

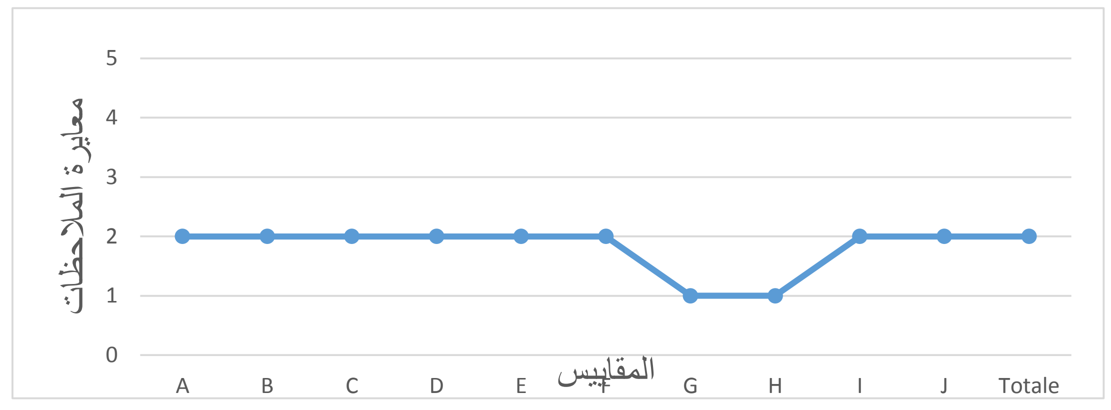
- مجموع نقاط معايرة متوسطة (3).
- السلم A : درجة معايرة عالية أو متوسطة، أجب بـ"نعم" على السؤال A6 (هل كان لديك اقتناع بأنك ستموت و / أو ستحضر مشهدًا لا يطاق؟).
- نقطة معايرة عالية (4 أو أكثر) على السلم B (التكرار).
- متوسط النقاط المعايرة (3) على السلمين C إلى G و I و J .
- نقطة معايرة منخفضة على السلم H (الاضطرابات الاكتئابية).



الشكل (25): يبين البروفيل C: تناذر نفسي صدمي معتدل(بدون اضطرابات اكتئابية)

البروفيل D : تناذر نفسي صدمي خفيف (N=26، 18%).

- مجموع النقاط يقابله نقطة معايرة منخفضة (2 أو أقل).
- جميع النقاط التي تم معايرتها منخفضة (2 أو أقل)



الشكل (26): يبين البروفيل D: تناذر نفسي صدمي خفيف. المصدر: **(Damiani, Fradin, 2006 , p 21-24)**

6.4. قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

1.64. نبذة عن قائمة بيك للاكتئاب:

هي قائمة وضعها الإكلينيكي الأمريكي "آرون بيك" تحت اسم قائمة بيك للاكتئاب BDI، نشرت هذه القائمة لأول مرة سنة 1961 في صورتها الأولى، والصورة الثانية للقائمة هي أحدث تطوير لها والمعروفة بقائمة BDI-II، والتي نشرت عام 1996. **(غريب عبد الفتاح، 2005، ص 30)**، تزود القائمة الباحث بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوص ويتكون من صورتين أصلية مكونة من 21 مجموعة وأخرى مختصرة تتكون من 13 مجموعة تم التوصل لها بعد دراسات قام بها بيك بنفسه. **(تغزة، 2014، ص 89)**

أعدها بيك وترجمها إلى العربية غريب عبد الفتاح عام 1985 وتتكون من 21 مجموعة من العبارات، تصف كل عرض من أعراض الاكتئاب، تندرج بحسب الشدة في (04) عبارات بجوار كل عبارة درجة موضوعة تتراوح ما بين (0 إلى 03) درجات حيث يضع المبحوث دائرة حول الدرجة الموضوعة أمام العبارة التي يرى أنها تنطبق عليه.

وقد تم التوصل إلى بنود القائمة من الملاحظات الاكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين، ولم يتم اختيار أي من البنود اعتمادا على نظرية محددة في الاكتئاب. **(محرز، 2019، ص 222)**

ولقد استخدم في دراستنا قائمة بيك الثانية BDI-II والتي تتكون من 21 مجموعة، إذ على الرغم من التغييرات التي طرأت على القائمة الأول إلى أن عددها بقي كما هو 21 مجموعة وبنفس طريقتي التطبيق والتصليح والتعليمة، وكذلك الحد الأدنى والحد الأعلى للدرجات التي يمكن أن يحصل عليها المفحوص.

والأعراض ال 21 التي يقيسها قائمة الاكتئاب BDI-II هي: **1**-الحزن Sadness. **2**-التشاؤم Pessimism. **3**-الفشل السابق Past failure. **4**-فقدان الاستمتاع Loss of pleasure. **5**-مشاعر الذنب Gulty feeling. **6**-مشاعر العقاب Punishment feeling. **7**-عدم حب الذات Self dislike. **8**-نقد الذات Self-criticalness. **9**-الأفكار أو الرغبات الانتحارية Suicidal thoughts or wishes. **10**-البكاء Crying. **11**-التهيج والاستثارة Agitation. **12**-فقد الاهتمام Loss of interest. **13**-التردد Indecisiveness. **14**-انعدام القيمة Worthlessness. **15**-فقدان الطاقة Loss of energy. **16**-تغيرات في نمط النوم Changes in sleep pattern. **17**-القابلية للغضب أو الانزعاج Irritability.

18-تغيرات في الشهية Canges in appetite. **19**-صعوبة التركيز Concentration dificulty. **20**-الإرهاق أو الإجهاد Tiredness or fatigue. **21**-فقدان الاهتمام بالجنس Loss in interest in sex. **(غريب عبد الفتاح، 2005، ص. ص 32-33)**

وتم اختيار قائمة بيك للاكتئاب في دراستنا الحالية لأنه يمكننا من تحديد مستوى الاكتئاب بطريقة كمية، بالإضافة إلى أن عباراته سهلة للإجابة عليها وشاملة لمعظم أعراض الاكتئاب في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية.

2.6.4. إجراءات تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

- ✓ يمكن استخدام القائمة فرديا أو جماعيا في حالة التطبيق على الأسوياء (تطبق القائمة فرديا في حالة التطبيق على المرضى). وتتضمن الصفحة الأولى من ورقة الإجابة التعليمات التفصيلية التي توضح طريقة الاستجابة للقائمة، ويسجل المفحوص استجابته على نفس ورقة الأسئلة.
- ✓ إذا طبقت القائمة فرديا يكفي أن يطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة بالصفحة الأولى من ورقة الإجابة، ثم البدء في الاستجابة للقائمة، ويختلف الأمر مع المرضى، حيث يفضل إذ يعاون الفاحص المفحوص في قراءة عبارة القائمة لو وجد أن الموقف يستدعي ذلك.
- ✓ يستغرق تطبيق القائمة ما بين 5-7 دقائق في التطبيق مع الأسوياء، إلا أن بعض المفحوصين قد يستغرق وقتا أطول، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على القائمة.
- ✓ وفي التطبيق يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي تصنف حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في التطبيق وذلك في كل مجموعة عبارات بما في ذلك العبارة رقم (0) على أن تكون العبارة المختارة هي أكثر العبارات الأربع التي تصنف بطريقة تعبر أفضل عن حالته. **(محرز، 2016، ص. ص 230-231)**

3.6.4. التنقيط والتعليمة:

بالنسبة لطريقة تصحيح القائمة، فقد سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من 21 مجموعة أعراض، ويتكون كل عرض من أربعة عبارات (ما عدا المجموعتين اللتين تقيسان تغيرات في نمط النوم وتغيرات في الشهية، فإنهما تتكونان من سبع عبارات لكل مجموعة وتنقط العبارة الأولى بفرعيها بنفس النقطة 1 وكذلك نفس الأمر بالنسبة للعبارة الثانية والثالثة)

تقيس العرض بطريقة متدرجة من لا وجود للعرض إلى وجوده بدرجة مرتفعة، وبالتالي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من صفر (لا وجود للعرض) إلى ثلاثة درجات (العرض موجود بدرجة مرتفعة) هكذا:

الجدول (12): يوضح تنقيط قائمة بيك الثانية للاكتئاب.

العبارات	التنقيط
العبارة الأولى من كل محور	0
العبارة الثانية من كل محور	1
العبارة الثالثة من كل محور	2
العبارة الرابعة من كل محور.	3

المصدر: **(معمرية، 2010، ص 101)** بتصرف.

وتنص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة، يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها من العبارات الأربعة، سواء كانت 0 أو 1 أو 2 أو 3. بحيث تكون العبارة التي يختارها تصف بطريقة أفضل حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم الذي يجيب فيه عن العبارة. ويقوم الباحث بجمع الأرقام الواحد والعشرين التي وضع عليها المفحوص دوائر، فيحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص. وبهذا تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين صفر (لا يوجد اكتئاب) و63 (أقصى درجات الاكتئاب). **(معمرية، 2010، ص 101)**

4.6.4. الخصائص السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

أ. في البيئة العربية:

- **الثبات:**

استخدم غريب عبد الفتاح غريب عام 1985 طريقة التجزئة النصفية على 50 مفحوصا في مصر من جامعة الأزهر فوصل معامل الارتباط إلى (0.87) واستخدمت كذلك طريقة إعادة التطبيق على 33 فردا راشد بفاصل زمني بين التطبيقين شهر ونص، فوصل معامل الثبات بهذه الطريقة 0.77 .كما استخدمت كذلك طريقة حساب معامل آلفا كرومباخ على عينة من 75 طالبا جامعيا في مصر (جامعة عين شمس)، فكان معامل ألفا يساوي 0.75 وهو حال عند مستوى 0.01.

- **الصدق:**

قام عبد الخالق (1996) بحساب صدق قائمة بيك بطريقة صدق التكوين فحسب معامل الارتباط على 120 طالبا من جامعة الإسكندرية بينه وبين ثلاثة مقاييس يفترض ارتباطها بالاكتئاب ايجابيا أو سلبيا وهي: التفاؤل والتشاؤم واليأس فكانت معاملات الارتباط كما يلي على التوالي: 0.56، 0.72، 0.37 كما قام بحساب الصدق التلازمي بين قائمة بيك وثلاثة مقاييس أخرى تقيس الاكتئاب وهي: مقياس جلفورد للاكتئاب ومقياس MMPI للاكتتاب ومقياس زوكرمان لوبن للصفات الانفعالية على عينة من 120 طالبا جامعيا، فوصلت معاملات الارتباط بين قائمة بيك والمقاييس الأخرى كالتالي على التوالي: 0.66، 0.49، 0.46 وكلها دالة عند مستوى الدلالة0.01 كما تبين أيضا عن طريق الصدق التمييزي أن قائمة بيك تميز بشكل واضح بين مرضى الاكتئاب والأسوياء. **(محرز، 2016، ص. ص 225-226)**

ج. في البيئة الجزائرية:

قام بشير معمرية سنة 2010 بتقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب BDI-II على البيئة الجزائرية، حيث تكونت عينة التقنين من 998 فردا منهم 473 ذكور و525 إناث. تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18 -49 سنة، بمتوسط حسابي قدره 26.55 وانحراف معياري قدره 3.66. وتراوحت أعمار الإناث بين 18 – 45 سنة. بمتوسط حسابي قدره 24.80 وانحراف معياري قدره 5.06. وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من كليات جامعة الحاج لخضر باتنة، وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة، حيث تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب من قبل الباحث شخصيا واستغرقت عملية التطبيق من 11 أكتوبر 2009 إلى 15 جانفي 2010.

بعد إجراءات التطبيق وتصحيح إجابات المفحوصين على قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، والاستبيانات المطبقة معها أسفرت هذه العمليات عن النتائج التالية فيما يتعلق بصدق وثبات القائمة على عينتي البحث. **(معمرية، 2010، ص 100)**

- **الصدق:** تم حساب معامل الصدق بثلاث طرق:

1. **الصدق التمييزي أو القدرة على التمييز بين مجموعتين متطرفتين:**

1.1. عينة الذكور:

لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية. حيث تمت المقارنة بين عينتين ثم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور، حجم كل عينة يساوي 100 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن = 372).

الجدول (13): يوضح قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور.

العينة / المتغير	العينة العليا ن= 100		العينة الدنيا ن= 100		قيمة "ت"
	م	ع	م	ع	
الاكتئاب	27,95	7,05	7,47	2,60	20,48 ***

***قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0,001.

2.1. عينة الإناث:

تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث، حجم كل عينة يساوي 112 مفحوص بواقع سحب 25 % من العينة الكلية (ن = 448).

الجدول (14): يوضح قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث.

العينة	العينة العليا ن= 100		العينة الدنيا ن= 100		قيمة "ت"
المتغير	م	ع	م	ع	
الاكتئاب	29,55	7,67	8,99	4,46	24,48 ***

***قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0,001.

يتبين من قيم "ت" في الجدولين رقمي (9, 10) أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الاكتئاب. مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى الذكور والإناث.

2. الصدق الاتفاقي:

لحساب هذا النوع من الصدق، تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب مع قائمة بيك لقياس اليأس. (بدر محمد الأنصاري, 2001, 165) واستبيان معمرية لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين، واستبيان قياس التشاؤم، واستبيان قياس التعب المزمن، وقائمة بيك لقياس القلق.

الجدول (15): يوضح معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب ومتغيرات أخرى.

المتغيرات	العينات	حجم العينة	معاملات الارتباط
اليأس/بيك	ذكور	55	0,653 **
اليأس/بيك	إناث	89	0,662 **
اليأس/بيك	ذكور وإناث	144	0,656 **
اليأس/بيك	ذكور	42	0,672 **
اليأس/بيك	إناث	90	0,675 **
اليأس/بيك	ذكور وإناث	132	0,692 **
التشاؤم/بيك	ذكور	49	0,208 *
التشاؤم/بيك	إناث	42	0,740 **
التشاؤم/بيك	ذكور وإناث	91	0,473 **
التعب المزمن/بيك	ذكور	49	0,729 **
التعب المزمن /بيك	إناث	49	0,582 **
التعب المزمن/بيك	ذكور وإناث	98	0,683 **
القلق/بيك	ذكور	61	0,636 **
القلق/بيك	إناث	39	0,462 **
القلق/بيك	ذكور وإناث	100	0,593 **

**دالة إحصائيا عند مستوى 0,01.

يتبين من معاملات الصدق الاتفاقي في الجدول السابق أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

3. الصدق التعارضي:

ولحساب الصدق التعارضي، تم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب مع قائمة توكيد الذات، إعداد: أرنولد لازاروس وجوزيف. واستبيان لقياس السعادة. واستبيان لقياس التفاؤل.

الجدول (16): يوضح معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب ومتغيرات توكيد الذات والسعادة والتفاؤل.

المتغيرات		العينات	حجم العينة	معاملات الارتباط
توكيد الذات	الاكتئاب	ذكور	67	_ 0,346 **
توكيد الذات		إناث	102	_ 0,347 **
توكيد الذات		ذكور وإناث	169	_ 0.326 **
السعادة	الاكتئاب	ذكور	67	_ 0,384 **
السعادة		إناث	189	_ 0,636 **
السعادة		ذكور وإناث	156	_ 0,563 **
التفاؤل	الاكتئاب	ذكور	74	_ 0,403 **
التفاؤل		إناث	31	_ 0,796 **
التفاؤل		ذكور وإناث	105	_ 0,423 **

**دالة إحصائيا عند مستوى 0,01.

يتبين من معاملات الصدق التعارضي في الجدول السابق أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

- **الثبات:**

تم حساب الثبات بطريقتين: طريقة إعادة التطبيق ومعامل ألفا.

الجدول (17): يوضح معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا كرونباخ.

نوع معامل الثبات	العينة	حجم العينات	معامل الثبات
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	ذكور	81	0,751 **
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	إناث	117	0.747 **
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	ذكور وإناث	198	0,743 **
معامل ألفا كرونباخ	ذكور	432	0,839
معامل ألفا كرونباخ	إناث	520	0,831
معامل ألفا كرونباخ	ذكور وإناث	952	0,839

**دالة إحصائيا عند مستوى 0,01.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول علها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي. **(معمرية، 2010، ص. ص 100-101)**

- **الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الاكتئاب:**

لتحديد مستويات الاكتئاب، استعمل الباحث أسلوب الدرجات الفاصلة الذي يقوم على مفهوم الدرجات المعيارية الثانية التي لها متوسط حسابي ثابت يساوي 50، وانحراف معياري ثابت يساوي 10. ويتمثل الباحث هنا بالطريقة التي تم بها تحديد الدرجات الفاصلة في قائمة مينيسوتا متعددة الأوجه لقياس الشخصية (MMPI) بحيث تعتبر الدرجة التائية 44 فأقل على MMPI دليل على انخفاض الاكتئاب. ويمثل مدى الدرجة الثانية 45 إلى 95 اكتئاب عادي. ويمثل المدى 60 - 69 اكتئاب معتدل. بينما تعتبر الدرجة التائية 70 فأكثر (أكثر من متوسط حسابي + انحرافين معياريين) الحد الفاصل بين الأسوياء والمرضى. وبناء على هذه الطريقة، تم تحديد شدة الاكتئاب ضمن أربع مستويات. بحيث تبدأ الدرجة المرتفعة على قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب بجمع المتوسط الحسابي مع انحراف معياري واحد (م + ع1).

وبما أن الحالات التي تم اتخاذها كعينة في هذه الدراسة عبارة عن حالات نساء، فلقد اعتمدنا على الدرجات الفاصلة في تحديد مستويات الاكتئاب الخاصة بالإناث التي تم التوصل إليها في تقنين قائمة بيك الثانية لبشير معمرية 2010.

الجدول (18): يبين الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الاكتئاب لدى عينة الإناث.

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات الاكتئاب
20-0	50-0	لا يوجد اكتئاب
29-21	60-51	اكتئاب خفيف
38-30	70-61	اكتئاب متوسط
63-39	71 فأكثر	اكتئاب شديد

المصدر: **(معمرية، 2010، ص، ص 102-103)**

خلاصة:

قمنا في هذا الفصل بعرض أهم الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها في دراستنا الميدانية، بداية بتقديم المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالات الفردية وهو الأنسب لدراستنا الحالية، مرورا إلى عرض أدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة وشبكة الملاحظة، وكذا المقابلة نصف التوجهية، وعلى دليل المقابلة، كما ركزنا على استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب.

أما في الفصل التالي سنتطرق إلى عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق الأدوات المذكورة على الحالات الأربعة مع تحليلها ومناقشة نتائجها.

الفصل السادس: تقديم حالات الدراسة وتحليلها ومناقشة وتفسير النتائج.

تقديم حالات الدراسة وتحليلها.

I. تقديم وتحليل الحالة الأولى.
II. تقديم وتحليل الحالة الثانية.
III. تقديم وتحليل الحالة الثالثة.
IV. تقديم وتحليل الحالة الرابعة.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

تقديم حالات الدراسة وتحليلها.

I. تقديم وتحليل الحالة الأولى (sofi):

1. البيانات الأولية:

الاسم واللقب: sofi. ب.

السن: 34 سنة.

مكان الميلاد والإقامة: قالمة

ترتيب الميلاد: الابنة الثالثة بين خمسة إخوة.

الحالة الاجتماعية: متزوجة. (أم لطفلين)

الوضع الاقتصادي: متوسط.

المستوى التعليمي: شهادة ليسانس هندسة ميكانيكية.

المهنة: أستاذة تعليم ابتدائي.

الحالة الصحية: مصابة بسرطان الثدي منذ ستة (06) أشهر من بدأ أول مقابلة.

السوابق المرضية الشخصية: لم تعاني من أي مرض مزمن او اضطراب نفسي قبل الإصابة بمرض السرطان.

التاريخ الاستشفائي: لم يسبق لها الدخول في وضع استشفائي قبل الإصابة بالسرطان

التاريخ النفسي: لم يسبق لها التعرض لأي اضطراب نقسي قبل الإصابة بسرطان الثدي.

السوابق الأسرية المرضية: وفاة جدة الحالة لوالدها مصابة بسرطان البنكرياس، إصابة والدتها بمرض السكري.

العلاقات الأسرية والزوجية: مستقرة.

العلاقات الاجتماعية: مستقرة

2. الظروف المعيشية:

الحالة من مواليد 7 جانفي 1988 بقالمة ولدت نتيجة حمل مرغوب وولادة طبيعية وتعتبر الابنة الثالثة بعد أخ ذكر وأخت أنثى وهي أكبر من أختين، رضاعتها كانت طبيعية لمدة عامين ونشأت مع عائلتها الحقيقية.

بدأت الحالة sofi التمدرس سنة 1992 وعاشت طفولة طبيعية، حيث نجحت خلالها في تكوين علاقات مع أقرانها، ولم تعاني من أي مشاكل أو صعوبات خلال مرحلة الطفولة، وبالنسبة لفترة المراهقة فقد كانت طبيعية ولم تمر بأي اضطرابات أو أزمات نفسية خلالها، فعلاقة الحالة مع والديها وإخوتها كانت جيدة ولم تنشأ بينهم أي صراعات عدا الاختلافات البسيطة التي تحدث في أي عائلة ولكن يتجاوزونها بسهولة وتفاهم. وكذلك في علاقاتها مع صديقاتها، ولقد كان الأخ الأكبر متفهم ولا يزعج أخواته البنات ولا يتدخل أبدا في شؤونهن، حيث أن الحالة درست وأكملت دراستها في ظروف جيدة، ونجحت في شهادة البكالوريا سنة 2008 بتقدير ممتاز، توجهت الحالة إلى الدراسة بجامعة عنابة ولم تعاني من أي عراقيل في ذلك وتحصلت على الشهادة سنة 2012، وتوظفت كأستاذة تعليم ابتدائي سنة 2014 تزوجت الحالة زواج تقليدي بصديق أخيها سنة 2016 ولم تعاني من مشاكل مع الزوج فلقد كان متفهم ومتعاون ويدعمها في كل شيء، وهي حاليا أم لولدين ذكرين الكبير بعمر 05 سنوات والصغير بعمر 03 سنوات.

أما فيما يخص السوابق المرضية فلم تعاني الحالة من أي سوابق مرضية، لكن بالنسبة للسوابق الأسرية فجدة الحالة توفيت بسرطان البنكرياس.

أحست الحالة sofi أواخر سنة 2021 بحكة وألم في الثدي فشكت بأنه سرطان، وأجرت التحاليل والفحوصات اللازمة التي أثبتت إصابتها بسرطان الثدي وهي تقوم بالعلاج الكيمائي منذ أكتوبر 2021.

3. جدول سير المقابلات:

جدول (19) يوضح سير المقابلات مع الحالة الأولى.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف	المكان
الأولى	2022/02/14	45 دقيقة	الحصول على موافقة الحالة ومحاولة كسب ثقتها والاتفاق بعد ذلك على جدول سير المقابلات (كل 21 يوم من الوعد الأول)، وجمع بعض البيانات الأولية.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثانية	2022/03/07	45 دقيقة	جمع معلومات عن تاريخ الحالة سواء الشخصي خلال مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد، والأسري والتعليمي والمهني، والزواجي.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثالثة	2022/03/28	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بمدى تعرض الحالة للصدمات النفسية سواء السابقة أو الحالية وما يرافقها من تغيرات نفسية، بالإضافة إلى الكشف عن مآل تلك الصدمة نتيجة الإصابة بسرطان الثدي، وتطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الرابعة	2022/04/18	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بالحالة النفسية للحالة بعد صدمة الإعلان عن السرطان وعن مدى وجود أعراض اكتئابية وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة.	مكتب الأخصائية النفسانية.

4. ملخص المقابلات:

سارت المقابلات في ظروف جيدة وطبيعية فالحالة sofi لم تبدي أي اعتراض في إجراءها، حيث كانت متقبلة ومتفهمة لظروفنا كونها درست في الجامعة، كانت المقابلة الأولى تمهيدية تعرفنا فيها على الحالة بصفة عادية وكسبنا تعاونها وثقتها، جمعنا بعض البيانات الأولية البسيطة واتفقنا على سير باقي المقابلات، كانت الحالة قليلة الكلام ولا تتكلم إلا في المفيد، كلامها مترابط ومتسلسل ومنطقي، سارت باقي المقابلات بشكل مرن رغم قلة كلام الحالة، حيث أجابت على أسئلة المقابلات بشكل طبيعي دون الغوص في التفاصيل الجانبية وفي خصوصياتها إلى أنها صرحت أنها عاشت مع عائلتها بشكل طبيعي ومحفز ولم تعاني من أي صراعات مع والديها أو إخوتها بل تلقى الدعم النفسي والتشجيع منهم، وبعد زواجها واصلت حياتها المهنية بشكل طبيعي وشجعها زوجها على ذلك، عاشت حياة نفسية جيدة وحياة طبيعية مليئة بالدعم والنشاط خاصة بعدما أنجبت أطفالها، صرحت الحالة أنها بعد مرضها تغير كل شيء بالنسبة لها وتغيرت نظرتها للحياة، وأثرت عليها صدمة مرضها بسرطان الثدي، فالحالة كانت انبساطية

ومتفاعلة مع الآخرين وبعد مرضها أصبحت منطوية على ذاتها لا تحب الخروج كثيرا إلا للعمل ولا تحب استقبال الآخرين، تغيرت كثيرا مقارنة بما كانت عليه، ورغم أنها تخفي الصراع بين رغبتها في مواصلة حياتها بشكل طبيعي وانعزالها، إلى أن الخبرة الصدمية بموت جدتها بنفس المرض بقيت محفورة في ذهنها حيث صرحت أنها ستموت مثل جدتها بهذا المرض فهو وراثي، الحالة ليست خائفة من الموت بل تشعر بالذنب على أطفالها وما سيحصل لهم بغيابها، علامات الحزن كانت بادية على وجهها، تفكر حتى وإن لم تمت وقطع ثديها كيف سينظر لها زوجها، فالحالة sofi تعيش صراع داخلي شديد لكنها تكافح بشدة لتخطيه والعيش من أجل أبنائها وزوجها الذي تتلقى منه كل الدعم النفسي.

5. **شبكة الملاحظة:** بالإضافة إلى ما ورد في النموذج الموجود بالمؤسسة الاستشفائية (أنظر الملحق 4) أضيف ما يلي:

جدول (20): يوضح شبكة الملاحظة للحالة الأولى.

المحاور	الجانب المراد ملاحظته	الملاحظة
المظهر العام	-الهيئة -السلوك العام - التعاون والتفاعل -وضعية الجلوس -الطول -الوزن	- عادية لا يوجد تنظيم زائد. - طبيعي. متعاونة ومتفاعلة. -عادية. -متوسط. -متوسط.
الجانب اللغوي والكلام	-الكلام -النطق -نبرة الصوت -لغة الجسد -الإيماءات	- مترابط ومتسلسل وقليل - مفهوم. - حزينة -معبرة تستخدمها في التواصل. - معبرة تتناسب مع الأجوبة
الجانب الانفعالي	- الحزن - الغضب -الخوف - القلق - الابتسام	- شديد. - لا يوجد. - شديد. - مرتفع. - قليل.
التوظيف المعرفي	-الانتباه -التفكير -عملية الذاكرة -قدرة اتخاذ القرارات	- القدرة على الانتباه. - مستوى جيد في التفكير. - تذكر مستمر للإصابة بالسرطان. - تردد في اتخاذ القرارات.

6. تحليل المقابلات مع الحالة sofi:

من خلال المقابلات وما تم ملاحظته في تلك الأثناء تبين أن الحالة عاشت حياة نفسية سوية خالية من الإحباطات وتنشئة اجتماعية سليمة في إطار علائقي ملائم مع الوالدين والإخوة، كما نجحت في تكوين علاقات مع أقرانها وكان لديها العديد من الزميلات، وهذا ما يبين أن الحالة عاشت حياة سوية في الطفولة خالية من الاضطرابات النفسية رغم أن الأنا لم ينضج بعد ولايزال يبحث عن الإشباع الطفولي لمبدأ اللذة، إلا أنها تعرضت لصدمة في الطفولة وهي بعمر 08 سنوات تتمثل في وفاة جدتها حيث في سياق حديثها أبدت الحالة تعابير الحزن وإيماءات توحي بمحاولة تذكر الموقف وذلك في قولها: "**عندما توفيت جدتي لم أكن أدرك ما يحدث فرؤية أمي وخالاتي يبكين جعلني أبكي أنا أيضا دون علمي لماذا، لم أكن أفهم معنى الموت، وكنت أسمعهم يقولون أنها ماتت بسبب السرطان وأنه لكن لم أكن أفهم معنى ذلك وبقي مشهد جنازتها عالق في رأسي**[1]" فقامت باستخدام الميكانيزم الدفاع البدائي الكبت (فالحدث الصدمي لا ينسى أو يذهب بل يكبت) وهو ما سيجعلها تعيشها في مواقف صدمية أخرى كون صدمة الطفولة صعبة لأن الفرد لا يفهم معنى الفعل فلا يعيشه في وقته بل يصدم عندما يفهم معناه.

كذلك فترة المراهقة لم تشهد خلالها الحالة اضطرابات عصابية رغم ما يتخللها عادة من أزمات نتيجة التغيرات الفيسيولوجية كأزمة الهوية والتغيرات الاجتماعية كانتقال التأثير من السلطة الوالدية إلى جماعة الرفاق إلا أن النمو النفسي للحالة استمر بطريقة سليمة وهذا راجع إلى الاستقرار النفسي وتكوين روابط علائقية سليمة ومتينة بين أفراد الأسرة، وابتسمت الحالة هنا بشكل قليل ما يوحي إلى شعوها بالحنين إلى ماضيها الذي عاشته بسعادة، وهذا من خلال قولها: "**لقد عشت فترة حياتي كما يجب، لم أكن في حاجة إلى أي شيء فلقد كنا أسرة متماسكة ومترابطة ولم نتعرض لأي صراعات، وبالنسبة لصديقاتي فقد كانوا متخلقات وأمضينا معا ذكريات جميلة سواء صديقات المدرسة أو المتوسطة أو الثانوية أو في الجامعة**[2]".

وفي إطار إصابتها بسرطان الثدي فلقد صرحت الحالة في أقوالها: "**لقد كنت أشعر بألم في ثديي في هذا المكان، "مع الإشارة إليه وحكة أحيانا**[3]"، وأثناء كلامها تغيرت نبرة صوتها وعبس وجهها وتوسعت عينها كعلامة على الصدمة والاندهاش وذلك في قولها "**لقد خفت كثيرا حد الموت، لقد شككت بإصابتي وتذكرت جدتي رحمها الله ورجعت إلى ذاكرتي أيام مرضها وحالتها وكيف كانت خالاتي يتناوبن عليها، إلا أنني قلت في نفسي أكيد أن هذا فقط هو نتيجة للتعب وعملي في الخارج والداخل**[4]" ظهرت على الحالة تعابير الحزن والحسرة أثناء حديثها، وهذا ما يفسر الصدمة المكبوتة في مرحلة الطفولة، وعدم وعيها لمعنى المرض والموت في ذلك العمر، فرغم أنه مجرد شك إلا أنه جعلها تسترجع خبرة طفولية مكبوتة بسبب عدم القدرة على الفهم الحقيقي للموت آنذاك، وكذلك خوفها من أن تصبح عالة على من معها مثل جدتها، وعند ذهابها لإجراء الفحوصات اللازمة أكدت لها الطبيبة مرضها ما أدخلها في صدمة نفسية شديدة وتبين ذلك في قولها: "**صحيح أنه بعدما كبرت وأصبحت واعية وأعرف معنى السرطان، وشككت في إصابتي، إلى أن تأكيد الطبيبة ذلك كان مثل صب إناء ماء بارد عليّ لم أستطع التصديق بتاتا، انتابتني تخيلات**

---

[1] الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: " نهار ماتت جداتي ربي يرحمها ماكنتش فاهمة وش صاري كي شفت ماما وخوالاتي يبكيو وليت نبكي بصح معلاباليش علاه، مش فاهمة وش معناها ماتت، وكنت نسمعهم يقولو cancer l هو لي قتلها، بصح مكنتش نفهم وش معناها وبقى النهار أداك في راسي".

2 "عشت حياتي كيما يلزم متخصيت في والو كنا عايلة هازين بعضانا وجامي صراولنا مشاكل كبار، وبالنسبة للصحابات تانا كانو نعمة التربية وفوتنا des souvenirs روعا سوا مع صحاباتي ت السكولة ولا CEM ولا الليسي ولا الجامعة".

3 "كنت نحس بوجاع في ثديي هنا وحكة ساعات".

4 "خفت قريب مت، شكيت بلي عنديCancer وتفكرت ديراكت جداتي ربي يرحمها، رجعتلي في راسي ليامات لي كانت مريضة فيهم وكيفاه كانت ماما وخوالتي يروحو يديرو عليها الدالة فالخدمة، بصح قلت في راسي sur أي مالتعب برك نخدم را ولداخل وتاعبة".

أنني خسرت ثديي أو مت، تذكرت أيام جنازة جدتي رحمها الله ورأيت نفسي مكانها في التابوت[5]" أقوال الحالة وتعابير وجهها تفسر صدمتها الشديدة لحظة الإعلان عن المرض واسترجاعها لصدمة وفاة جدتها بنفس السبب، وعدم استطاعتها التصديق راجع لخوفها من الموت، وأما عن تخيلاتها حول خسارة ثديها يدل على أهمية الثدي ودلالته الرمزية للهوية الأنثوية والأمومية، فالخوف من فقدان الثدي يحمل دلالة جنسية تعادل قلق الإخصاء لدى الذكور، فسرطان الثدي يؤثر على نفسية الفرد كونه تهديد بالموت وتهديد لخسارة رمز أنوثي ما يسبب جرحا نرجسيا يتمثل في احتقار الذات والشعور بالنقص وبالذنب، وهذا ما لاحظناه على الحالة من انطواء على الذات وخجل حيث ترددت قليلا ثم واصلت حديثها والحسرة والحزن باديان على وجهها، وظهر في قولها: "**أصبحت منذ ذلك الحين أرى نفسي بلا معنى انتهت حياتي، ورغم أن زوجي لم يشعرني بأي فارق إلى أنني أصبحت أخشى أنه عندما يستأصلون ثديي تتغير نظرته إلي، أصبحت أفكر في أطفالي المساكين وأشعر بتأنيب الضمير على ما سيحصل لهم في غيابي[6]"** ولخصنا ذلك في الصورة السيئة عن الذات(كيف ترى نفسها) والتصور السيء عن الذات(نظرة الناس إليها).

أظهرت الحالة sofi أيضا يوم تلقيها للخبر ردود فعل صدمية تعتبر عادية كالبكاء والصراخ ورغم أن الصدمة النفسية هي استجابة غير عادية لحدث غير عادي ومفاجئ، إلا أنها تعتبر غير مرضية فالحالة قامت بسلوك نفسي طبيعي جدا عاشت من خلاله قرب الحداد le pré deuil الذي يعتبر سلوك دفاعي استعجالي.

واستخدمت الحالة ميكانيزم الإنكار في الفترة الأولى منذ سماعها بإصابتها ويظهر ذلك في قولها: **"لقد بقيت أردد للطبيبة أن هذا غير صحيح، وأنه فقط مجرد خطأ ولم أستطع أبدا تصديق ذلك[7]"** وأيضا استخدمت ميكانيزم الرفض حيث تتصرف الحالة وكأن الأعراض غير موجودة وذلك في قولها: "**أقوم بأعمالي في الأسبوع الأول كما كنت سابقا، لا أفكر أبدا بأن لدي سرطان ثدي[8]"** وتدل هذه العبارة أيضا على ميكانيزم النكوص حيث أن الحالة عادت إلى مرحلة سابقة لم تكن فيها مصابة بالسرطان.

وفي إطار علاقاتها وتفاعلاتها صرحت الحالة أنها أصبحت لا ترغب في مقابلة الآخرين والحديث معهم حتى أنها قامت بطلب عطلة مرضية لمدة شهر منذ إصابتها ورغبت فيها لتتفادى كلام زملائها في العمل، وأيضا استخدمت ميكانيزم التبرير وذلك من خلال قولها: **"نعم أصبحت أنزعج من أسئلة الآخرين، فمنذ أن علموا بإصابتي وهم يسألون ويستفسرون[9]"** حيث بررت أعراض التجنب الصدمية بالانزعاج من أسئلة زملائها في العمل. والميكانيزمات الدفاعية ما هي إلا وسيلة يستخدمها الأنا للدفاع ضد القلق وحتى يحافظ على التوازن، لكن استخدماها بشكل صلب فهو دليل على وجود خلل في نفسية الفرد.

أما بالنسبة لتناذر التكرار فالحالة تعيش إعادة معايشة الحدث الصدمي حتى في غياب الحدث الصدمي أو حدث مشابه ويظهر هذا من خلال الذكريات المتكررة حول يوم الإعلان **"نعم، مستحيل أن أنسى ذلك اليوم[10]"** الأحلام المتكررة، **"نعم، أحيانا**

5 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة:"صح بعدما كبرت وفهمت معنى السرطان وشكيت في روحي عندي mais كي confirmetli الطبيبة تقول طاس ما بارد وصبيتيه عليا مقدرتش نصدق خلاه، وليت نتخيل في روحي بترولي ثديي ولا مت. جاوني في راسي ليامات ت الموت ت جداتي ربي يرحمها وشفت روحي في بلاصتها".

6 "مالنهار أداك وليت نشوف في روحي بلا معنى خلاص حياتي فضت، صح راجلي محسسني بحتى فرق بصح وليت خايفة كون ينحيولي ثديي تتبدل خزرتو ليا، وليت غير نخمم في ولادي مساكن وغايضيني حاسة لوجيعة على وش راح يصرا فيهم كون neddareg"

7 "بقيت غير نقول للطبيبة مستحيل بلاك غلطتي مقدرتش نصدق خلاه".

8 "فالسمانة اللولة لي عرفت فيها نخدم عادي كيما كنت منحبش نتفكر حتى بلي أو عندي cancer"

9 "ايه وليت نتديرونجا م les questions ت الناسملي علمو بمرضي وهم يحبو غير يستفسرو"

10 "ايه مستحيل ننساه النهار أداك"

أحلم أنني شفيت، وأحيانا أحلم أن المرض تفاقم يحصل لي هذا حتى وأنا يقظة ومجرد تخيلها يشعرني بالغم والحزن[11]" وهذا ما يشير إلى اكتئاب الحالة فالاكتئاب يتجسد في الفقدان سواء كان هذا الفقدان حقيقي أو تخيلي.

منذ صدمة مرضها أصبحت الحالة sofi تعيش معاناة نفسية تتمثل في دخولها حالة اكتئاب حيث صرحت أنها بعدما صدقت إصابتها بسرطان الثدي وأصبحت تذهب إلى جلسات العلاج الكيميائي تغيرت حالتها كثيرا سواء النفسية أو الاجتماعية، حيث بعد مرور شهرين من العلاج وجدت الحالة نفسها في وضع مختلف عما كانت عليه حيث صرحت في قولها: "**بعد أن تخطيت تلك الصدمة وبمرور الوقت أصبحت في حالة مزاجية سيئة، دائمة الشعور بالحزن، أصبحت لا أرغب في القيام بأي شيء، أهملت أطفالي ونفسي، وحتى عملي، فقدت الرغبة في العمل كما كنت في السابق، دائمة التفكير في الموت وما سيحصل لأطفالي الصغار بعد موتي[12]**". كما أن الحالة عندما سألناها حول اعتقادها بأن تغير حالتها النفسية كان بسبب صدمتها من المرض وأنه لو لم تنصدم وتقبلت المرض بشكل عادي لما تأثرت حالتها النفسية تمثل جوابها في: "**مع أنني مثقفة وواعية وكنت أظن أنني أصبر على أي شيء، إلا أن مرضي أظهر ضعفي وعدم قدرتي على التحمل، وأظن أنني لو تقبلت الأمر الواقع منذ البداية ولو لم أصدم لما تغيرت وضعيتي وحالتي النفسية[13]** ". ونفسر هذا من خلال ضعف الأنا لدى الحالة بعد إصابتها، كما أنها تعيش في غياب اتزان انفعالي وهو ما يعني وجود العصابية التي نستدل عليها بالشعور المستمر بالذنب بسبب تفكيرها فيما سيحصل لأطفالها عند وفاتها ورغم أننا كلنا عصابيون بدرجات لأننا كلنا نشعر بالذنب لكن الشعور بالذنب المستمر يدل على الطابع المرضي وهذا ما يعبر عن الصراع الدينامي المستمر للحالة ما جعلها تعيش حياة نفسية غير مستقرة، فالحالة أدخلت المأساة لبنية الشخصية ما أدى إلى تكوين ذات جديدة زائفة تحاول من خلالها أن تكون فرد جديد مختلف عن نفسها قبل الإصابة بمرض السرطان.

وبالنسبة لتشكيل أعراض الاكتئاب فلقد أظهرت الحالة sofi أنها أصبحت تعاني من حالة اكتئابية وتمثلت في أقوالها: "**أصبحت دائمة الحزن**"، "**فقدت الرغبة في ممارسة مهامي اليومية**"، "**فقدت الاهتمام بنفسي، وبأطفالي، وبزوجي وبيتي، وبعملي، حتى وإن فعلت فذلك فوق رغبتي**"، "**لم أعد أنام مثلما في السابق، وكثيرا ما أستيقظ وسط الليل**"، "**شهيتي للطعام أصبحت قليلة، ولم أعد أشتهي ما كنت أرغب به سابقا**"، "**فقدت طعم الحياة وأشعر باليأس**"، "**أفكر كثيرا في الموت، وأخشى على أطفالي**"، "**أصبحت أفضل العزلة لأنهم يزعجونني بتكرار الحديث حول مرضي، لا أحب مواساتهم**"، "**أشعر بالارتياح فقط عند زيارة أهلي لي فأنا أحس بالارتياح بوجودهم حولي**"، "**أصبحت أكثر انفعالا من قبل، فلقد صرت أقلق لأته الأسباب من شغب أطفالي وغيرها من الأمور[14]**" فكل الأجوبة تدل على أن الحالة sofi تعاني من اكتئاب وأن صدمة إصابتها بسرطان الثدي أثرت على حالتها النفسية كثيرا.

11الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "ايه ساعات نحلم بروحي رتحت وساعات نحلم زاد عليا المرض ودارولي mastectomie تصرالي حتى وانا نايضة وجيست نتخيلها نتغم وndeprimi"

12 "بعدما depassite adik chock وفاتو ليام وليت طول في مورال يعيف طول حزينة منحب ندير ندير والو، هملت ولادي مساكن وروحي وخدمتي، مبقيتش حبا نخدم زي بكري، نخمم طول نهار نموت وش راح يصرا في ولادي"

13 "مع اني مثقفة وواعية وعلابالي حاجة ربي ومرحبا بيها وكنت نظن روحي صبورة ومتقبلة بصح مرضي بين صعفي، ونظن اني كون متشوكيتش وتقبلت الأمر عادي ماكانش راح يصرالي هك ونتبدل".

14 "وليت ديمة حزينة، منحبش نخدم فالدار وحتى نقري، وليت منهتمش بروحي، وبولادي وبراجلي وداري وخدمتي، حتى واني ندير فيهم بصح فوق قلبي ت محتمة، ما وليت لا ناكل لا نرقد زي قبل، ومحسوب طول تجيني الفطنة نص الليل، حوايج كنت نسخف عليها قبل نطيبها درك والو راحتلي النفحة على كلش، راحلي l gout ت الحياة ويائسة منها، نخمم طول فالموت وخايفة على ولادي، وليت نحب نقعد وحدي خاطر يديرونجيوني بالهدرة تاعهم يهدرو غير على مرضي، وتقلقني الطريقة تحم فالمواساة زعم، نحس روحي bien كي يجيوني ت دارنا نحس بالراحة كي يدورو بيا، وليت نقلق بالخف حتى لحوايج تافهة وحتى من ولادي كي يلعبو بالحس".

7. نتائج تطبيق استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ:

بيانات عامة

الاسم: sofi. ب — وضعية الوالدين: عادية. — تطبيق الاستبيان:

السن: 36 سنة. — أحياء: الأم [x] الأب [x] — فردي [x]

المستوى الدراسي: جامعي. — متوفين: الأم [ ] الأب [ ] — جماعي [ ]

المهنة: أستاذة تعليم ابتدائي. — سنة وفاة الأم: — ضحية مباشرة للحدث [x]

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. — سنة وفاة الأب: — شاهد عن الحدث [ ]

تاريخ الفحص: 20 أكتوبر 2021 — مكان الفحص: المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر –قالمة-مصلحة الأمراض السرطانية.

معلومات متعلقة بالحدث

الحدث: فردي [x] جماعي [ ] — طبيعته: سرطان الثدي

مكان الحدث: — وضعيتك أثناء الحدث: منفردا [x]

تاريخ الحدث: — مرفوقا [ ]

مدة الحدث: 6 أشهر

جروح الجسم: لا [x] نعم [ ] — وصفها: — آثارها الحالية:

هل استفدت من تدخل علاج طبي-نفسي مباشرة بعد الحدث: لا [x] — نعم [ ]

انقطاع مؤقت عن العمل ITT : لا [ ] نعم [x] — عدد الأيام: شهر في بداية المرض

توقف عن العمل: لا [x] نعم [ ] — مدته:

عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP: لا [ ] نعم [ ] — النسبة:

طبيعة الحدث

حسب الاستجابة المعطاة، ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية:

كارثة طبيعية [ ]	محاولة قتل [ ]	اغتصاب [ ]
كارثة تكنولوجية [ ]	شاهد عن قتل [ ]	فقدان أحد الأعزاء [ ]
حادث مرور [ ]	اكتشاف جثث [ ]	اختطاف [ ]
حادث منزلي [ ]	انفجار قنبلة [ ]	شاهد على تعذيب [ ]
محاولة اغتيال [ ]	هجوم على منزلك [ ]	وضعيات أخرى [x]

صف باختصار ملابسات الحدث: يوم سماع خبر الإصابة بسرطان الثدي.

- **معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث:**

الوضعية العائلية:

متزوج ☒ مطلق ☐ أعزب ☐ أرمل ☐

عدد الأطفال: طفلين ذكور تحديد سنهم: خمس (05) سنوات، وثمانية (08) سنوات

الوضعية المهنية:

طالب ☐ عامل ☒

عاطل عن العمل ☐ متقاعد ☐ عطلة مرضية ☐

الحالة الصحية:

هل تعاني مشاكل صحية: لا ☒ نعم ☐

ما هي أهمها:

هل تتابع علاج طبي: لا ☒ نعم ☐

ما هي طبيعته:

هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☒ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☒ نعم ☐

ما نوعه:

التاريخ:

هل تعرضت لأحداث أخرى تركت لك أثرا: لا ☐ نعم ☐

طبيعتها:

تاريخها:

- **معلومات عامة حول الفترة التي عقبت الحدث:**

بعد الحدث هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☒ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☒ نعم ☐ ما نوعه:

تاريخ أول جلسة علاجية:

عدد الاستشارات (إلى حد اليوم):

هل تابعت علاج طبي: لا ☐ نعم ☒

نوعه: علاج كيميائي، والعلاج الموجه.

مدته: 5 أشهر.

- **التعليمة:**

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة إلى سؤال لم تجيب عليه في أول وهلة، شريطة أن تجيب عليه بعد ذلك . لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية .بالنسبة لكل الاسئلة المطروحة استخدام السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة:

الجدول (21): يوضح نتائج تقييم الصدمة للحالة الأولى.

شدة أو تواتر التظاهر			
0	1	2	3
منعدمة.	ضعيفة.	شديدة.	شديدة جدا

- **أثناء الحدث:** سوف نتطرق إلى كل ما أحسست به أثناء الحدث .

		0	1	2	3
A1	هل أحسست بالرعب؟				×
A2	هل أحسست بالقلق؟				×
A3	هل لديك إحساس بأنك في حال آخر؟			×	
A4	هل انتابتك تظاهرات جسمية مثل الارتجاف، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟		×		
A5	هل انتابك إحساس بأنك مشلول غير قادر على إصدار ردود أفعال متكيفة؟			×	
A6	هل اعتقدت فعلا بأنك ستموت؟				×
A7	هل أحسست بأنك وحيد ومهجور من طرف الآخرين؟		×		
A8	هل أحسست بأنك عديم القيمة؟			×	
	مج A=	**17**			

- **منذ الحدث:** سوف نتطرق الآن إلى كل ما تحص به حاليا.

		0	1	2	3
B1	هل تطاردك ذكريات وصور الحدث طول النهار والليل؟			×	
B2	هل تعيش مجددا الحدث في الأحلام والكوابيس؟				×
B3	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟			×	
B4	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟				×
	مج B=	**10**			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2.....................1.....................0

شديدة جدا   شديدة.   ضعيفة.   منعدمة.

3	2	1	0		
x				منذ الحدث هل ازدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	C1
	x			هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	C2
x				هل ازداد لديك الاستيقاظ في الليل؟	C3
x				هل تشعر بأنك لم تنم نهائيا؟	C4
	x			هل تشعر بالتعب عند الاستيقاظ؟	C5
13				مج C=	

3	2	1	0		
x				هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	D1
	x			هل لديك نوبات قلق؟	D2
	x			هل تخشى العودة إلى أماكن لها علاقة بالحدث؟	D3
	x			هل تحس بعدم الأمن؟	D4
x				هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك ذكرى الحدث؟	D5
12				مج D=	

3	2	1	0		
	x			هل تحس بأنك يقظ ومنتبه للأصوات أكثر من السابق وهل تفزعك كثيرا؟	E1
	x			هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	E2
	x			هل أصبحت شديد الغضب أكثر من السابق؟	E3
	x			هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية...)؟ وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة؟	E4
		x		هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	E5
		x		هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	E6
10				مج E=	

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2.....................1.....................0

شديدة جدا شديدة. ضعيفة. منعدمة.

		0	1	2	3
F1	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعيات تذكرك به، هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس، الغثيان، الخفقان، الارتجاف، التعرق، صعوبة التنفس؟	☐	☐	☒	☐
F2	هل لاحظت تغيرات على وزنك؟	☐	☐	☒	☐
F3	هل لاحظت تقهقر على حالتك الجسمية العامة؟	☐	☐	☒	☐
F4	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها؟	☐	☒	☐	☐
F5	هل زدت من استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية...؟	☒	☐	☐	☐
	مج F=	**07**			

		0	1	2	3
G1	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق؟	☐	☐	☒	☐
G2	هل تعاني من فجوات بالذاكرة؟	☐	☐	☐	☒
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره؟	☒	☐	☐	☐
	مج G=	**05**			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
H1	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟				×
H2	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث؟				×
H3	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإنهاك؟				×
H4	هل لديك مزاج حزين و/أو هل تنتابك نوبات من البكاء؟				×
H5	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟ وهل تراودك أفكار انتحارية؟	×			
H6	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية و/أو الجنسية؟			×	
H7	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبلك مدمر؟				×
H8	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الاتصالات؟			×	
	مج H=	**19**			

		0	1	2	3
I1	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جربت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج؟		×		
I2	هل تشعر أنك مذنبا نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث و/أو نجوت دون الأخرين؟			×	
I3	هل تشعر بأنك مذلول أمام كل ما يحدث؟			×	
I4	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك؟			×	
I5	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره؟		×		
I6	هل تغيرت نظرتك للحياة ولنفسك وللآخرين؟				×
I7	هل تفكر بأنك لست مثلما كنت سابقا؟				×
	مج I=	**14**			

		نعم	لا
J1	هل تتابع نشاطك المهني أو الدراسي؟	☒	☐
J2	هل تشعر بأن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة؟	☐	☒
J3	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة؟	☐	☒
J4	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الآباء، الأبناء...) منذ الحدث؟	☐	☒
J5	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك؟	☒	☐
J6	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين؟	☒	☐
J7	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	☒	☐
J8	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين؟	☐	☒
J9	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق؟	☐	☒
J10	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق؟	☐	☒
J11	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك؟	☒	☐
	مج J=	**08**	

1.7. تنقيط السلالم:

من الدرجات A إلى I تتحصل على النقطة في السلم بإضافة أجوبة الفرد لكل عنصر (0، 1، 2، 3) العلامات تكون ما بين 0 إلى 24 بنسبة لدرجات السلم A و H من 0إلى 12 لدرجات سلم B ،من0 إلى 15 لدرجات سلم C ،D،Fن من 0إلى 18 لدرجات سلم D و من 0 إلى 9 لدرجات سلم G.

أما من أجل المقياس J، من المستحسن استعمال الجدول أسفله وتحسب نقطة 1 من أجل كل خانة رمادية مشطبة و0 من اجل الخانة البيضاء.

2.7. تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة:

الجدول (22): يوضح تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة للحالة الأولى.

المقاييس	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	المجموع الكلي
مجموع النقاط	17	10	13	12	10	7	5	19	14	8	115
النقاط المعايرة	3	5	4	4	4	4	3	5	4	5	4

8. التقييم الاكلينيكي لنتائج استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ:

لقد أجابت الحالة sofi على بنود الاستبيان TRAUMAQبصفة فردية وذلك بعد مرور ستة أشهر على وقوع الحدث الصدمي (الإصابة بسرطان الثدي)، فجاءت النتائج حسب التحليل النمطي للاستبيان مسفرة عن صدمة نفسية قوية جدا (تناذر نفسي صدمي شديد جدا) والذي تعبر عنه السلالم حسب البنود الموصوفة وهذا ما يشير إليه مجموع النقاط المرتفع الذي يعادل 115 نقطة تعادلها نقطة معايرة 4 حيث تتوزع مجموع النقاط على 10 سلالم يضم كل سلم مجموعة أعراض مميزة للصدمة النفسية وحالة الاجهاد ما بعد الصدمة.

تحصلت الحالة sofi في السلم **(A)** والذي يضم **8 بنود تخص ردود الفعل الجسدية والعقلية الفورية أثناء الحدث** على 17 نقطة خام والتي تقابلها علامة معايرة 3 تعبر عن المواجهة الأولى للفاجعة وخطر الموت، ويظهر هذا من خلال البنود (A1) (A2) (A6) التي تحصلت فيها على تنقيط 3 (تواتر شديد جدا)، وهذا يدل على أن الحالة عاشت خلالها تجربة نفسية مؤلمة ومعاناة شديدة سيطر خلالها الرعب والقلق والخوف من الموت أمام الرغبة في الحياة والبداية الفعلية للتفكير في الوفاة، وقد حصلت الحالة على تنقيط 2 (تواتر شديد) في البنود (A8) (A5) (A3) وهذا يدل على فجائية حدث الإصابة بمرض السرطان حيث كانت في وضعية جديدة لم تستطع خلالها إبداء ردود فعل تكيفية فكانت في حالة جمود فشعرت بأنها عديمة القيمة (A8) وهذا يبرز التقدير السلبي للذات في حين أن الحالة تحصلت على نقطة واحدة في البند (A4) الذي يخص التظاهرات الجسمية الفورية وهو ما يظهر التوتر الضعيف وحصلت كذلك على نقطة واحدة في البند (A7) الذي يشير إلى الإحساس بالهجران من قبل الآخرين.

تحصلت الحالة في السلم **(B)** والذي يضم **4 بنود تخص أعراض تناذر التكرار** على 10 نقاط خام تقابلها علامة معايرة 5 **تعكس** الألم والمعاناة النفسية الشديدة جدا لأعراض تناذر التكرار بعد ستة أشهر من التعرض للحدث الصادم، حيث أن ذكريات وصور الحدث الصدمي تطارد الحالة بصفة شديدة خلال الليل والنهار (B1) ودائما ما تعيش حدث الإصابة بالمرض في الأحلام والكوابيس وهو ما يدل على التواتر الشديد جدا للبند، ونجد كذلك التواتر شديد جدا في البند (B4) حيث تعاني الحالة من قلق شديد كلما تذكرت الحدث كما أنها تجد صعوبة في التحدث عن الحدث ويظهر ذلك من خلال التواتر الشديد للبند (B3)

تحصلت الحالة في السلم **(C)** والذي يضم **5 بنود تخص اضطرابات النوم** على 13 نقطة تقابلها علامة معايرة **4 تعكس** المعاناة الشديدة للحالة في النوم تعكس أعراض تناذر التكرار ويظهر هذا من خلال التواتر الشديد جدا للبنود(C3) (C1) (C4)التي تعبر عن زيادة صعوبات النوم عند الحالة أكثر من قبل وزيادة الاستيقاظ أثناء النوم والشعور بعدم النوم نهائيا، ويظهر تواتر شديد في التظاهرات (C2) (C5) الذي يعبر عن ومعايشة كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث الصدمي والشعور بالتعب عند الاستيقاظ.

وبالنسبة للسلم **(D)** الذي يضم **5 بنود تخص القلق والحالات الفوبية** قدر مجموعه عند إجابات الحالة ب: 12 نقطة تقابلها علامة معايرة 4 تعكس الحياة النفسية الصعبة الشديدة للحالة من خلال التواتر الشديد جدا للبند (D1) يعبر عن القلق والبندين (D3) (D5) اللذان يعبران عن أعراض التجنب، بينما التواتر شديد في البندين (D2) الذي يعبر عن الإحساس بنوبات القلق و (D4) الخاص بظهور نوبات قلق.

ونقطت إجابات الحالة في السلم **(E)** والذي يضم **6 بنود تخص التهيج، فقدان السيطرة واليقظة المفرطة** ب: 10 نقاط تقابلها علامة معايرة 4 تعكس الاثار الشديدة الناتجة عن الحدث الصادم من خلال التواتر الشديد للبنود ((E4) (E3) (E2) (E1 التي تعبر عن اليقظة والانتباه للأصوات، شدة الحذر، شدة الغضب وصعوبة تحكما الحالة في أعصابها بينما يظهر التوتر ضعيف في البندين (E6) (E5)اللذان يعبران عن الشعور بالعدوانية وظهور السلوك العدواني.

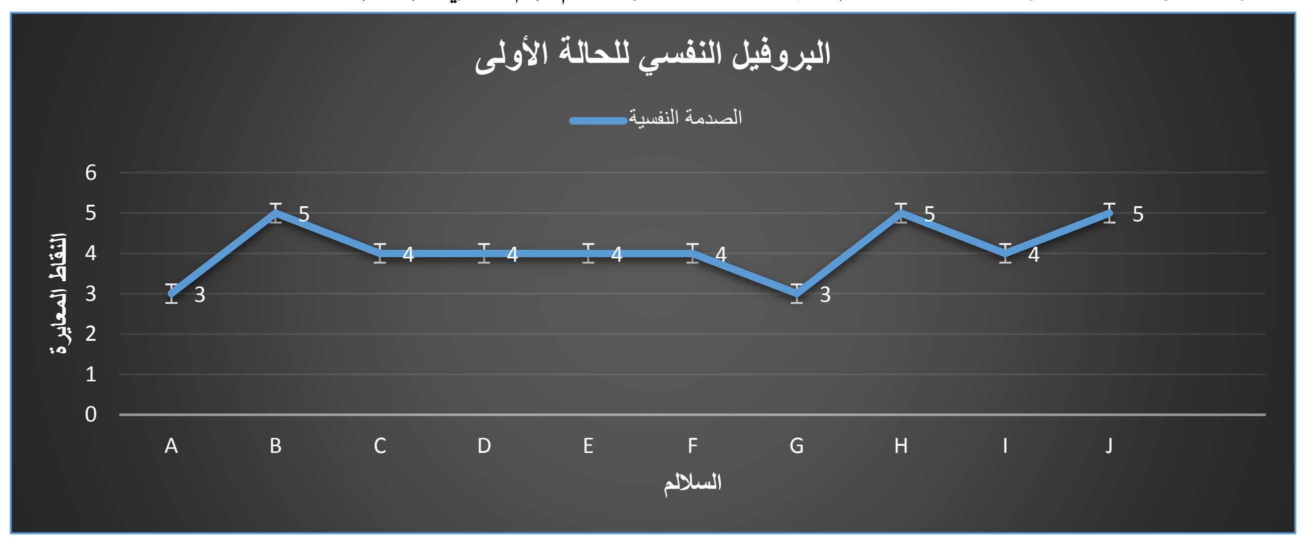
كما تحصلت الحالة في السلم **(F)** الذي يضم **5 بنود والخاص ب التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان** على 7 نقاط تقابلها علامة معايرة 4 تعكس المعاناة النفسية والجسدية الشديدة للحالة ويظهر هذا من خلال التواتر الشديد جدا للبند (F3)الذي يمثل التقهقر الذي يظهر على الحالة الجسمية العامة والتواتر الشديد في التظاهرات (F1) الذي يمثل ردود الفعل الجسمية كآلام الرأس والغثيان والتعرق والبند (F2) الخاص بانخفاض الوزن بعد الحدث الصدمي، كذلك التواتر شديد بالبند (F4) الخاص بالتعرض لمشاكل صحية من الصعب تحديد أسبابها. بينما تواتر البند (F5)منعدم الخاص باستهلاك بعض المواد كالسجائر والكحول

وحققت الحالة في السلم **(G)** الذي يضم **3 بنود والخاص بالاضطرابات المعرفية**، 5 نقاط خام تقابلها العلامة المعايرة 3 تعكس المعاناة المتوسطة للاضطرابات المعرفية، وقد أظهرت إجابة الحالة تواتر شديد جدا للتظاهر الخاصة بفجوات في الذاكرة وتواتر شديد في البند (B1) الذي يعبر عن صعوبة التركيز في حين ان تواتر البند (G1) منعدم الذي يخص صعوبة تذكر الحدث الصدمي أو بعض عناصره.

تحصلت الحالة في السلم **(H)** الذي يضم **8 بنود والخاص بالاضطرابات الاكتئابية**، على 19 نقطة خام تقابلها العلامة المعايرة 5 تعكس المعاناة النفسية الشديدة جدا للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البنود (H1) (H2) (H3) (H4) (H7) التي تعكس فقدان الرغبة في الأشياء الهامة قبل الحادث وانخفاض الطاقة والحيوية والشعور بالتعب والإنهاك والمزاج الحزين بالإضافة إلى الشعور بضياع المستقبل، وقد أظهرت الحالة تواتر شديد في البندين (H6) (H8) اللذان يمثلان صعوبات في العلاقات العاطفية والميل الى العزلة، في حين أظهرت الحالة تواتر منعدم للبند (H5) الخاص بالأفكار الانتحارية. وارتفاع علامة هذا السلم الذي مجال نقاطه ما بين 0 إلى 24 يدل على الاكتئاب المرافق للصدمة النفسية نتيجة معرفة الحالة بمرضها بسرطان الثدي.

وأحرزت الحالة في السلم **(I)** الخاص **بالمعاش الصدمي من خلال التجارب المؤلمة والشعور بالذنب وفقدان تقدير الذات ومشاعر الغضب والعنف** و يضم هذا التظاهر **7 بنود**، 14 نقطة خام تقابلها العلامة المعايرة 4 تعكس المعاناة النفسية الشديدة للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البنود (I6) الذي يعكس تغير نظرة الفرد في الحياة لنفسه والأخرين و(I7) الذي يعبر عن تفكير الفرد بأنه ليس كما كان، وكان تواتر البنود (I2) (I3) (I4) شديد والذي يمثل سوء تقدير الذات من خلال الشعور بالذنب والذل بسب الحادث والحط من القيمة، بينما كان تواتر البند (I1) و (I5) ضعيف ف(I1) يعكس التفكير بمسؤولية الفرد عن الحدث و (I5) الذي يعكس الشعور بالكره.

وبالنسبة للسلم **(J)** الخاص **بنوعية الحياة** والذي يحتوي على **11 بندا** على نالت الحالة 08 نقاط خام تقابلها النقطة المعايرة 5 تعكس تغير نمط حياتها من خلال فقدان لذة الحياة وعدم متابعة نشاطها المهني كأستاذة تعليم ابتدائي وقطع العلاقة مع الأقارب والتوقف عن ممارسة الأنشطة الترفيهية إضافة الى الشعور بعدم فهم الأخرين لها وأنها غير معنية بأحداث المحيط.



شكل (27): يبين البروفيل النفسي للحالة الأولى حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq

من خلال الشكل الموضح أعلاه والذي يمثل البروفيل النفسي للحالة الأولى حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaqنلاحظ أن الحالة تعاني من تناذر صدمي شديد جدا حسب البروفيل «A» حيث بلغت فيه النقطة المعايرة أقصى درجاتها موضحة فيما يلي:

- نقطة معايرة عالية جدا (5) على السلم B الذي يخص الأعراض المميزة لعرض التكرار والانطباع بإحياء الحدث، والقلق وكذلك على السلم H الذي يخص اضطرابات الاكتئاب ما يدل على معاناة الحالة من الاكتئاب نتيجة الصدمة النفسية عن الإصابة بسرطان الثدي، والسلم J أيضا الذي يخص نوعية الحياة وتغيرها بعد الحدث الصدمي.
- مجموع نقاط معايرة عالية (4) على السلالم C D E F G وI.
- نقطة معايرة متوسطة (3) على السلم A أين نالت الحالة درجة شديدة جدا (3) على البند A6 المتعلق بالاعتقاد الفعلي حول الموت، وكذلك في السلم G.

9. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول (23): يوضح نتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب للحالة الأولى.

الأعراض	العبارة	التنقيط
1) الحزن	أشعر بالحزن طول الوقت.	2
2) التشاؤم	أتوقع ألا تسير ألا تسير الأمور بشكل بالنسبة لي.	2
3) الفشل السابق	أشعر بأني شخص فاشل تماما.	3
4) فقدان الاستمتاع	لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.	3
5) مشاعر الذنب	أنا أشعر بأنني مذنب في أغلب الأوقات.	2
6) مشاعر العقاب	أشعر بأني سأتعرض دائما للعقاب أو للأذى.	3
7) عدم حب الذات	فقدت الثقة في نفسي.	1
8) نقد الذات	أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.	1
9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية	ليس لدي أي أفكار انتحارية.	0
10) البكاء	أبكي أكثر مما تعودت.	2
11) التهيج والاستثارة	أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت عليه.	1
12) فقد الاهتمام	من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء.	3
13) التردد	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت عليه.	2
14) انعدام القيمة	شعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.	2
15) فقدان الطاقة	ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.	3
16) تغيرات في نمط النوم	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	1
17) القابلية للغضب والانزعاج	أغضب أكبر مما تعودت.	1
18) تغيرات في الشهية	شهيتي أقل كثيرا مما تعودت.	2
19) صعوبة التركيز	من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.	2
20) الإرهاق أو الإجهاد	يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.	2
21) فقدان الاهتمام بالجنس	أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.	2
	المجموع	40

1.9. تحليل نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

تحصلت الحالة على 40 درجة من أصل 63 درجة خام ممكنة وهو ما يدل على مستوى شديد للاكتئاب.

2.9. الاستنتاج التشخيصي للحالة الأولى حسب شبكة الملاحظة والمقابلات، استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

جدول (24): يوضح نتائج مؤشرات وجود الصدمة النفسية والاكتئاب وفق أدوات الدراسة للحالة الأولى.

الأداة	المؤشرات
شبكة الملاحظة والمقابلات نصف الموجهة	- تعابير الحزن ونبرة صوت حزينة. - أعراض الصدمة النفسية والاكتئاب للإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة. - أعراض الاكتئاب الناتج عن صدمة الإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة.
استبيان تقييم الصدمة Traumaq	- صدمة قوية جدا حسب نتائج الاستبيان قدرات ب 115 درجة. - تناذر صدمي شديد جدا حسب البروفيل النفسي للحالة. - بلوغ أعراض تناذر التكرار والتجنب، واضطرابات الاكتئاب، نوعية الحياة الذروة.
قائمة بيك الثانية للاكتئاب.	- اكتئاب شديد قُدّر ب 40 درجة. - وجود أعراض تتمثل في الحزن الدائم، وفقدان الاستمتاع بالأنشطة اليومية، الشعور بالفشل، فقدان الطاقة والاهتمام.

10. التحليل العام للحالة الأولى:

استنادا على ما تم ملاحظته من خلال شبكة الملاحظة، وما جاء من أجوبة الحالة على أسئلة المقابلة نصف الموجهة، تبيّن أن الحالة عبّرت حقيقة عن صدمتها الشديدة عندما علمت بمرضها بسرطان الثّدي ما أثّر كثيرا على حالتها النّفسية، حيث كانت أعراض الصدمة وتناذراتها بارزة بشكل صريح في أقوالها، من صدمة وصعوبة تقبل المرض وإنكاره الذي تداعى لها بتناذر التكرار بإعادة معايشة الحدث في شكل أحلام وكوابيس تتناقض بين الأمل والتشاؤم في أنها شفيت أو ازدادت حالتها تدهورا ما يعكس رغبة الحالة الدفينة في الشفاء رغم يأسها وسيطرة أفكار الموت عليها... إلى تناذر التجنب بقطع علاقاتها مع الآخرين مبررةً ذلك بالانزعاج منهم، أما مظاهر الاكتئاب فظهرت بشكل جلي في خوفها من فقدان ثديها الذي سيؤثر على نظرة زوجها وشعورها أحيانا بأنها فقدته، فالاكتئاب ينتج الفقدان سواء كان الفقدان حقيقي أو متخيل، وفقدانها الرغبة في القيام بالمهام اليومية الاعتيادية وشعورها الدائم بالحزن والاكتئاب والبكاء، وفقدانها الاهتمام بنفسها وبعائلتها، وكذلك قلة شهيتها للأكل وقلة النوم، اليأس وتفكيرها الدائم في الموت المصحوب بتأنيب الضمير وخوف الحالة على أطفالها، وهذا ما يوحي إلى أن الحالة sofi عانت من صدمة شديدة جدا جراء إصابتها بسرطان الثدي أدت إلى ظهور الاكتئاب لديها.

وجاءت هذه النتائج مطابقة لنتائج استبيان تقييم الصدمة Traumaq أين تحصلت الحالة على 115 درجة تشير إلى صدمة قوية جدا مع تناذر صدمي شديد حسب البروفيل النفسي للحالة sofi الذي يوضح بروز اضطرابات الاكتئاب بشكل كبير مقارنة بالدرجة المعيارية العالية، يرفقه تناذر التكرار والقلق وتغير نوعية الحياة لدى الحالة بعد مرضها.

كما جاءت مماثلة لنتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب والتي تحصلت فيها الحالة على 40 درجة تشير إلى اكتئاب شديد يؤكد الأعراض التي تعاني منها الحالة وذكرتها في المقابلات حيث ظهرت أعلى النقاط (3) في العبارات الخاصة بمحور الفشل السابق بأنها تشعر أنها شخص فاشل تماما، ومحور فقدان الاستمتاع بأنها لا تستطيع الحصول على أي استمتاع كما تعودت من قبل، وكذلك محور فقدان الاهتمام بأنه من الصعب عليها أن تهتم لأي شيء، وأخيرا محور فقدان الطاقة بأنه ليس لديها طاقة لعمل أي شيء. أما معظم العبارات فكانت النقاط فيها متوسطة، وبقية العبارات كانت نقاطها منخفضة خاصة تلك الخاصة بالثقة بالنفس ولوم الذات ما يشير إلى عدم تأثر ثقتها بنفسها وعدم لومها لذاتها رغم خوفها الشديد من المرض ومن البتر ومن الموت.

من خلال ما تم الوصول إليه في نتائج المقابلات وشبكة الملاحظة واستبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq وكذلك قائمة بيك الثانية للاكتئاب، تشير إلى أن الحالة sofi تعاني من صدمة نفسية قوية جدا أسفرت عن ظهور الاكتئاب، وعن المعاش النفسي المؤلم من خلال سلالم استبيان تقييم الصدمة Traumaq.

II. تقديم وتحليل الحالة الثانية (rita):

1. البيانات الأولية:

الاسم واللقب: rita. إ.

السن: 47 سنة.

مكان الميلاد والإقامة: قالمة.

ترتيب الميلاد: الصغيرة بين تسعة إخوة.

الحالة الاجتماعية: متزوجة (أم لثلاثة أولاد، ولد وبنتين)

الوضع الاقتصادي: متوسط.

المستوى التعليمي: سنة أولى ثانوي تخصص علمي.

المهنة: ماكثة بالبيت.

الحالة الصحية: مصابة بسرطان الثدي منذ سنة من بدأ أول مقابلة.

السوابق المرضية الشخصية: تعاني من ارتفاع في ضغط الدم وتشرب أدوية ضغط الدم.

التاريخ الاستشفائي: لم يسبق لها الدخول في وضع استشفائي قبل الإصابة بالسرطان.

التاريخ النفسي: قامت في سنة 2017 بالذهاب إلى طبيبة نفسية بسبب معاناتها من القلق الزائد وأعطتها أدوية مهدئة لكنها لم تكمل شربها لأنها لم تساعدها.

السوابق الأسرية المرضية: وفاة أمها بالروماتيزم، وأختها الأكبر منها شخصت من قبل نفس الأخصائية النفسانية باضطراب الوسواس القهري منذ 2015، وإلى حد اليوم تشرب الدواء الموصوف لها وأصبحت لا تستطيع الاستغناء عنه.

العلاقات الأسرية والزوجية: مشتتة مع أسرة الزوج وعادية مع الزوج.

العلاقات الاجتماعية: مستقرة.

2. الظروف المعيشية:

الحالة من مواليد 20 جوان 1975 بقالمة نتيجة حمل مرغوب فيه، هي الابنة التاسعة والصغيرة بعد 8 إخوة 4 ذكور و5 إناث. عاشت الحالة مع عائلتها الحقيقية وكانت العلاقة بينها وبين والديها عادية إلا أنها كانت قريبة جدا من أمها ومدللة من طرفها كثيرا أما عن علاقتها مع والدها فكانت عادية مثلما وصفتها، الحالة تحب إخوتها لكنهم يغارون منها خاصة من معاملة الأم لها مقارنة بهم وهذا ما جعلها دائما في حالة صراع معهم، دخلت الحالة المدرسة في سن ست سنوات في ظروف طبيعية وكونت صداقات عدة حتى وصولها إلى المرحلة الثانوية، العام الأول الذي نجحت فيه في شهادة التعليم المتوسط وبصعودها إلى الثانوية، مرضت أمها في الفصل الأول من عامها الدراسي بالروماتيزم ولم تعد تستطيع أن تقف حتى من مكانها، هذا ما جعل الحالة دائمة التفكير بها والخوف عليها، حيث قررت بعدها التوقف عن الدراسة من أجل البقاء معها والاعتناء بها بحكم زواج أخواتها البنات .عند توقف الحالة rita عن الدراسة أصبحت قريبة أكثر من أمها وزادت نسبة التعلق بها كثيرا لمدة ثلاث سنوات إلى أن توفيت والحالة بعمر 18 سنة، دخلت بعدها الحالة في أزمة نفسية شديدة خرجت منها بصعوبة فلم تستطع تقبل وفاة أمها، وبمرور الوقت تزوجت الحالة زواج تقليدي من جارها وهي بعمر 20 سنة بعد عامين من وفاة أمها، ولقد سكنت مع أهل الزوج وحظيت بثلاثة أبناء ولد وبنتين، كانت الحالة rita متسلطة ما أثر على علاقتها مع زوجها أين كانت كثيرة الصراعات معه لكن بقيت الأمور شبه مستقرة بينهم وهذا لتنازلات الزوج، وبالنسبة للسوابق المرضية فالحالة تعاني من ارتفاع في ضغط الدم وتشرب أدوية ضغط الدم، وتعاني

الحالة من قلق زائد، ما جعلها في سنة 2017 تلجأ إلى الطبيبة النفسية التي تشرف على أختها، فوصفت لها دواء مهدئ لكنها لم تكمل شربه لأنه لم يساعدها، أما السوابق الأسرية فأم الحالة توفيت بمرض الروماتيزم وأبوها تزوج بأخرى بعد مرور عام من وفاة أمها، وأختها تحت تأثير أدوية نفسية منذ 2015 بسبب تشخيصها بالوسواس القهري من طرف نفس الأخصائية النفسانية.

في بداية سنة 2021 بدأت الحالة تشعر بوخز في ثديها وتجاهلت الأمر إلا أن شعرت بوجود كتلة صغيرة في نهاية ثديها أسفل الإبط لكنها لم تعط الأمر أهمية رغم شكوكها، حيث صرحت أنها كانت دائما ما تقول إنها سوف تصاب بسرطان الثدي قبل أن يحدث الأمر فعلا، لكنها بقيت متجاهلة الأمر لمدة عام أين زادت نسبة الأعراض، فأخذها ابنتها لإجراء الفحوصات والتحاليل اللازمة ليثبت بعد ذلك إصابتها بسرطان الثدي وبدأت بالعلاج منذ ذلك الوقت في أكتوبر 2021.

3. جدول سير المقابلات:

جدول (25): يوضح سير المقابلات مع الحالة الثانية.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف	المكان
الأولى	2022/02/14	45 دقيقة	تقدم الحالة بطلب القيام بإجراء مقابلات معها ما سهل علينا المهمة، والاتفاق بعد ذلك على جدول سير المقابلات (كل 21 يوم من الوعد الأول)، وجمع بعض البيانات الأولية.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثانية	2022/03/07	45 دقيقة	جمع معلومات عن تاريخ الحالة سواء الشخصي خلال مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد، والأسري والتعليمي والمهني، والزواجي.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثالثة	2022/03/28	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بمدى تعرض الحالة للصدمات النفسية سواء السابقة أو الحالية وما يرافقها من تغيرات نفسية، بالإضافة إلى الكشف عن مآل تلك الصدمة نتيجة الإصابة بسرطان الثدي، وتطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الرابعة	2022/04/18	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بالحالة النفسية للحالة بعد صدمة الإعلان عن السرطان وعن مدى وجود أعراض اكتئابية وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة.	مكتب الأخصائية النفسانية.

4. ملخص المقابلات:

سارت المقابلات مع الحالة rita في ظروف جيدة حيث أنها هي من تقدمت بالطلب لإجراء المقابلات معها خاصة عندما علمت أننا ندرس علم النفس وهذا ما سهل علينا العمل كثيرا، كانت المقابلة الأولى تمهيدية تعرفنا فيها على الحالة وكسبنا ثقتها مباشرة فالحالة كانت من النوع المبادر وتتحدث بأريحية، وتعابير وجهها معبرة فعلامات الخوف من المرض والقلق كانت بادية على وجهها طول فترة المقابلات، جمعنا بعض البيانات الأولية الخاصة بها واتفقنا على موعد إجراء باقي المقابلات (كل 21 يوم من موعد اللقاء الأول)، كانت الحالة كثيرة الكلام وتتحدث بدون قيود، لكن كلامها غير مفهوم بشكل جيد فلديها مشكل في نطق بعض الحروف بطريقة سليمة إلا أن المقابلات سارت بمرونة دون عراقيل، حيث أجابت الحالة على الأسئلة بطريقة جيدة حيث صرحت أنها عاشت طفولتها في صراع خفيف مع الإخوة ولم تكن على وفاق تام معهم بسبب غيرتهم من قربها الشديد من أمها على عكسهم كونها الصغيرة بينهم إلا أنها صرحت أنها كانت قريبة من أختها الكبرى ومتفاهمة معها هي وأخوها الكبير، علاقتها مع والدها سطحية فلقد كان نادرا ما يجتمع معهم في المنزل بسبب عمله، كما صرحت أنه بعد وفاة والدتها دخلت في أزمة نفسية حادة خرجت منها بصعوبة وأن والدها أعاد الزواج بعد مرور عام من الوفاة، لم تتقبل الحالة أبدا الفكرة ورفضت ذلك ما جعلها تقع في صراع دائم مع زوجة الأب، وكان الملجأ الأخير لها هو القبول بالزواج وهي بعمر العشرين سنة (20) من جارها بعد عام من زواج والدها، وبعد زواجها عانت قليلا من صراعات مع أهل الزوج لأنها سكنت معهم بعد الزواج إلى أنها صرحت أن زوجها كان يساندها ويقف في صفها عاشت الحالة حياتها في الكثير من الخلافات لكنها تجاوزتها رفقة زوجها وأنجبت في العام الموالي من زواجها ولد وبعده بنتين.

صرحت الحالة أنها ندمت لأنها لم تقم بالإجراءات اللازمة فور شكوكها بمرضها وتهاونت رغم علمها بوجود كتلة في ثديها، ما جعل حدة القلق تزداد عندما تأكدت إصابتها، حيث صدمت بذلك الخبر ولم تستطع تقبل الأمر إطلاقا ورفضت التصديق تماما ودخلت في حالة من الضيق النفسي والمعاناة بين تأنيب الضمير والخوف من الموت، تغيرت حالتها النفسية كثيرا حيث أصبحت سريعة الانفعال والقلق أكثر مما كانت عليه حيث صرحت أنها تقوم بإسقاط قلقها على ابنتها الكبيرة وإلقاء اللوم عليها في أبسط الأشياء، علاقتها مع زوجها بقيت متماسكة بعد المرض وعائلتها مهتمة بها كثيرا وتدعمها كما يجب، صرحت الحالة أنها منذ صغرها وهي تخاف من أبسط الأمور ودائمة القلق، وأنها هي السبب في مرضها وما يحصل لها، تفكر دائما أنها سوف تموت وصرحت أنه لا يهمها زوجها لأنه سعيد الزواج، لكنها خائفة ولا تريد فراق أبنائها حيث تريد أن تفرح هم وتراهم يكبرون.

5. **شبكة الملاحظة:** بالإضافة إلى ما ورد في النموذج الموجود بالمؤسسة الاستشفائية (أنظر الملحق 4) أضيف ما يلي:

جدول (26): يوضح شبكة الملاحظة للحالة الثانية.

المحاور	الجانب المراد ملاحظته	الملاحظة
المظهر العام	-الهيئة -السلوك العام - التعاون والتفاعل -وضعية الجلوس -الطول -الوزن	- عادية لا يوجد تنظيم زائد. - طبيعي. متعاونة جدا ومتفاعلة. -عادية. -متوسط. -كانت تعاني من الوزن الزائد لكنها قامت بحمية غذائية.
الجانب اللغوي والكلام	-الكلام -النطق -نبرة الصوت -لغة الجسد -الإيماءات	- مترابط. - غير مفهوم بشكل جيد. - عادية. -معبرة تستخدمها في التواصل. - معبرة تتناسب مع الأجوبة
الجانب الانفعالي	- الحزن - الغضب -الخوف - القلق - الابتسام	- شديد. - سريعة الانفعال. - شديد. - مرتفع. - قليل
التوظيف المعرفي	-الانتباه -التفكير -عملية الذاكرة -قدرة اتخاذ القرارات	- عدم القدرة على الانتباه. - مستوى سيء في التفكير. - تذكر مستمر للإصابة بالسرطان. - تردد في اتخاذ القرارات.

6. **تحليل المقابلات مع الحالة rita:**

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة rita وما تم ملاحظته في تلك الأثناء، تبين لنا أنها عاشت حياة مليئة بالصراعات وظهر ذلك من خلال أجوبتها على الأسئلة بشكل صريح جدا، حيث نشأت في عائلة كبيرة وهي الصغيرة بين تسعة إخوة، كانت الحالة شديدة التعلق بوالدتها على عكس والدها، وعلاقتها بإخوتها كانت طبيعية إلا أنه غالبا ما تنشأ بينهم خلافات بسبب دلال الأم الزائد لها حيث صرحت أنها تعتمد على أمها في كافة الأمور ولا تقوم بفعل شيء وذلك في قولها: **"لقد كنت متعلقة بوالدتي وقريبة جدا منها، كانت تدللني كثيرا وتقوم بالاهتمام بي وكنت أعتمد عليها في كل شيء هي وإخوتي، على عكس والدي فلقد كان نادرا ما يجتمع معنا بسبب عمله فلم أكن قريبة منه كثيرا، أما إخوتي سواء الذكور أو الإناث فلقد كانت علاقتها عادية لكنهم يعاملونني**

بالسوء أحيانا بسبب غيرتهم من دلال أمي لي، إلا أختي الكبيرة وأخي الصغير فلقد كنت متفقة معهم كثيرا[15]"، فهذا جعل الحالة تُكَون شخصية اعتمادية نتيجة الدلال الزائد للأم ما ينتج عنه أيضا عدم النضج الانفعالي الذي قد يؤدي غالبا في المستقبل إلى استغلال العلاقات الإنسانية استغلالا أنانيا يمنع من تكوين علاقات سوية، خاصة وأن الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل تعتبر نقطة حاسمة في تكوين الشخصية، حيث أن الأساليب التربوية الخاطئة والتعلق المرضي يشكل استعداد نفسي للإصابة باضطرابات عدة، أما خلال مرحلة دخولها للمدرسة فلقد صرحت الحالة أنها وجدت صعوبة في تقبل الأمر عند بدايته حيث رفضت الذهاب للمدرسة إلا بعد محاولات عدة من أمها وإخوتها لإقناعها أين وافقت في الأخير على الذهاب وكونت معارف مع زميلاتها في إطار علائقي سليم وتبين ذلك في قولها: "**أتذكر عند بلوغي سن الست (06) سنوات وصرت في سن المدرسة اشترت لي أمي ملابس جديدة فرحت كثيرا بها، لكن في أول يوم لي في المدرسة أتذكر أني بكيت كثيرا في القسم وعندما رجعت إلى المنزل احتضنت أمي وأخبرتهم أنني لا أرغب في الدراسة وأريد فقط البقاء في المنزل وسوف أدرس مع إخوتي مثل المعتاد، لكن أمي وإخوتي أقنعوني بصعوبة حتى وافقت وتأقلمت بصعوبة، وكنت أمرض أحيانا وأفرح بذلك حتى لا أذهب للمدرسة لكن بمرور الوقت تعرفت على صديقات عدة وصرت أحب الدراسة وأذهب بشكل عادي[16]"** حيث صرحت في هذا الصدد أنها بعمر الخمس (05) سنوات لم تذهب للدراسة في المسجد بل درست في المنزل فقط مع إخوتها وذلك في قولها: **"عندما كنت بعمر الخمس (05) سنوات لم أرد الذهاب إلى المسجد كصديقاتي في الحي بل درست في المنزل فقط رفقة إخوتي وحفظت بعض الآيات القرآنية وتعلمت الحروف[17]"** وهذا ما يفسر قلق الانفصال الناتج عن التعلق المرضي بالأم حيث بقولها أنها كانت تفرح لمرضها فهذا يعبر عن المنفعة الأولية للمرض le bénéfice primaire de la maladie التي تشير إلى الاعتبار في الدافع ذاته للعصاب وللرضا الموجود في الأعراض والهروب إلى المرض بالإضافة إلى التعديل المفيد للعلاقات مع المحيط.

خلال فترة المراهقة (مرحلة التعليم المتوسط) كشفت الحالة على أنها شهدت الكثير من الأحداث فلقد كانت قليلة الصديقات وكانت تشعر بالملل من الدراسة وكذلك غالبا ما تنشأ خلافات بينها وبين إخوتها بسبب استمرار الأم في تدليلها وذلك في قولها: **"يوم نجحت في شهادة التعليم الابتدائي وصعدت إلى المتوسطة لم أكن سعيدة بذلك فلم أمتلك صديقات لأنهم كانوا دائما يتشاجرون معي وأنا لم أكن أفعل لهم شيء[18]"** وفي قولها: **"إخوتي كذلك كانوا يحرضون أمي ضدي بسبب استمرارها في تدليلي ويخبرونها أنني كبرت ويجب أن أتحمل القليل من مسؤوليتي[19]"** فقلة صديقات الحالة rita يرجع إلى الأنانية غير المصرح بها مع غيرها والتي اكتسبتها من الدلال الزائد ويدل ذلك أيضا على البناء النرجسي للأنا وعدم استقلاليته مع علاقته بالآخر (الأم)، حيث أن دلال الأم يمثل طاقة نفسية بالنسبة للطفل فالإشباع غير السوي يشكل صراع بين الداخل والخارج وبالتالي صلابة في استخدام الدفاعات وهذا ما يفسر إسقاط الحالة المتكرر لأفعالها على غيرها. صرحت الحالة أيضا أنه عند بلوغها 16 سنة مرضت أمها بالروماتيزم ولم تعد تستطيع القيام بالمهام اليومية ولا أي شيء فخافت عليها كثيرا خاصة كون حالتها كانت تستمر في التدهور، ما

---

15 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "كنت متعلقة بيما ولاسقة في يما بزاف، كانت مدلتني بزاف ومتهلية فيا وكنت معولة عليها في كلش هي وخواتاتي بصح باباكان قليل ون يتلم معانا فالدار كان يخدم يديه الليل ويجيبو الليل مكنتش قريبة منو يعني، وخاوتي سوا الدراري ولا لبنات كنت نورمال معاهم وكانوا ساعات يحقروني خاطر كانوا يغيرو من يما كي مدلتني، غير ختي لكبيرة وخويا الصغير كنت نتفاهم معاهم مليح"

16 "نشفى نهار قفلت ست سنين ووليت في l’age ت سكولة شراتلي يما قش جديد فرحت بيه شي، بصح نشفى نهار أول نهار ليا فالسكولة درت حالة بالبكا فقسم وكي روحت رحت نجري ليما حضنتها وقتلهم منيش حبا نقرا حبا غير نبقا فالدار ودرك نقرا مع خواتاتي كيما مالفة، بصح يما وخاوتي قنعوني بسيف حتان قبلت بصح بسيف والفت، وكنت ساعات نمرض بكرشي ونفرح خاطر منروحش نقرا بصح مع الوقت درت صحبات ووليت نشتي نقرا ونروح عاديّ

17 "كي كان في عمري خمس سنين مقريتش فالجامع زي صحباتي فالزنقة قريت فالدار برك مع خياتي وحفظت سور مالقرآن معاهم وتعلمت الحروف"

18 "نهار ديت السيزيام وطلعت للسيام مكنتش فرحانة، مدرتش صحابات خاطرماه كانو يتعاركو معايا وانا مكنت نديرلهم والو"

19 "خواتاتي تانا كانو يحرشو يما عليا خاطرماه بقات مدلتني كانو يقولولها أي كبرت خليها تعول على روحا شوي"

جعلها تقرر التوقف عن الدراسة عند مستوى السنة الأولى ثانوي مباشرة منذ بداية الفصل الأول وذلك في قولها: "**بعدما نجحت في شهادة التعليم المتوسط وبدأ العام الدراسي الجديد لي في الثانوية، مرضت أمي كثيرا فجأة حيث شخصت بعد الفحص أنها أصيبت بالروماتيزم (التهاب المفاصل الروماتويدي)، فخفت عليها كثيرا حد الموت وقررت أن أتوقف عن الدراسة مباشرة حتى يتسنى لي الوقت للاهتمام بها كون أخواتي البنات تزوجن جميعا، لقد خفت عليها خوف شديد ولم أرد أن أظهر لها خوفي فلقد بقيت متماسكة وعوضتها على ما بدر مني من تقصير، إلى أنني كنت حزينة كثيرا ولم أستطع تقبل مرضها وخشيت من فقدانها كثيرا**[20]". واصلت الحالة الحديث حول معاناتها النفسية بسبب مرض والدتها أين أظهرت الحالة خلال تلك الفترة القدرة على تحمل المسؤولية والاعتناء بوالدتها ووالدها الذي وصفته بالمسكين وهذا ما يدل على الشعور بالذنب اللاشعوري اتجاه الأب الذي لم تتحدث عنه أبدا خلال المقابلات حيث صرحت سابقا أن علاقتها به سطحية وظهر ذلك في قولها: "**لقد عانيت كثيرا خاصة نفسيا فلقد عشت في خوف دائم على أمي، تحملت مسؤولية البيت واعتنيت بها هي وأبي المسكين، كان همي الوحيد هو أن تُشفى من مرضها وترجع إلى سابق عهدها، لم أكن كثيرة التواصل مع الآخرين بل ولم أرغب لأني كنت منشغلة مع أمي فقط**[21]"، بعد مرور عامين من مرض أم الحالة rita توفيت بسبب المرض والحالة بعمر 18 سنة فكان ذلك بمثابة أول صدمة نفسية شديدة تتلقاها في حياتها أدخلتها في أزمة نفسية لم تصدق وفاة أمها أبدا وقد ظهرت على الحالة ملامح الحزن وبكت أثناء حديثها عن الموضوع وتغيرت نبرة صوتها وذلك في قولها: "**بعد مرور عامين من مرض أمي جاء اليوم الذي لطالما كنت أخشاه وكنت أتصور أنه من المستحيل أن يأتي (عبوس الوجه)، توفيت أمي غاليتي وأنا بعمر 18 سنة وتركتني وحيدة، لم أصدق ذلك أبدا حتى أني لم أقدر على البكاء حينها مباشرة بل بعد ما أخذوها ليدفنوها حتى أدركت ما جرى، صرت أصرخ بشدة وأبكي بشكل هستيري لم أستطع التصديق أبدا**[22]" فمن خلال حديث الحالة عن ردة فعلها لحظة وفاة أمها فإن ذلك يرجع إلى تعلق الحالة الشديد بها واستخدامها لميكانيزم الإنكار le déni حيث أنكرت وفاة والدتها وكبتت انفعالاتها إلا أن انفجرت لحظة إدراكها للموقف، وعاشت الحالة عام حداد بعد الحادثة ليقرر والدها إعادة الزواج ما جعل الحالة تنتكس وتدخل في صراع معه لكنه تزوج في النهاية لتعيش بعدها الحالة rita في صراع مع زوجة الأب فقررت بعد عام آخر من المعاناة والصراعات الزواج من جارها هروبا من المشاكل وذلك في قولها: "**منذ مُضي عام على وفاة الغالية عشت فيه حزن شديد لم أستطع تحمل فراقها فلقد كانت تعيش معي في مخيلتي وأراها حية في ملابسها، جاء يوم أين قرر أبي إعادة الزواج عارضته على ذلك ودخلت في خلاف معه ورفضت الأمر بتاتا، لأنه لم يكن محتاج إلى شيء معي ومع زوجات إخوتي، شعرت بحزن شديد على أمي العزيزة لكنه فعلها وتزوج، لم أستطع تقبل زوجة أب لي ولم أعطها حتى الفرصة لتظهر نيتها، كنت دائما ما أتشاجر معها، وبعد مرور عام مليء بالمشاكل قررت الزواج من جارنا الذي تقدم لخطبتي وكنت حينها بعمر العشرين سنة**[23]" ويرجع عيش الحالة مع أمها في مخيلتها

---

20 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "كي ديت البياف وبدا العام الجديد فالليسي، مرضت ماما بزاف كي داويناها لقينا عندها الروماتيزم، خفنا عليها بزاف حطيناها راح تموت وليت قلت لازم نحبس لقرايا ديراكت باه نتهلا فيها كي عادو خاوتي كل مزوزين، خفت عليها بزاف بصح جامي بينتلها خوفي بقيت حاكمة في روحي وتهليت فيها خير من قبل وكنت مش مليحة خلاه ومش قادرة نستعرف لا بمرضها ولا موتها"

21 "عانيت بزاف نفسانيا عشت طول خايفة على ماما تهليت في دارنا وماما وبابا مسكين، كنت غير حابتها غير ترتاح وترجع كيما كانت، مكنتش نحكي مع حتى واحد خلاه على خاطر كنت غير لاهيا في ماما"

22 بعد عامين مالمرض تاع ماما جا النهار لي كنت خايفة منو ومكنتش حاسبتو يجي اصلا، ماتت ماما الغالية وأنا عندي 18 سنة وخلاتني وحدي، ماصدقتش خلاه مقدرتش حتى نبكي حتان راحو دفنوها باه فقت بلي صرا، وليت نرغي بالصوت لي فيا ونبكي مقدرتش نصدق خلاه"

23 "وكي فات عام مالموت تاع ماما الغالية عشت حزينة خلاه مقدرتش على فراقها كانت طول بين عينيا تقول حيا قدامي بقشها، وجا نهار بابا حاب يعاود الزواز مخليتوش وتعاركت معاه ومحبيتش خلاه، على خاطر مكانتش حاجة ناقصاتو معايا ومع نسا خاوتي، حزنت على ماما خلاه بصح دارها وزوز، مقدرتش نتوالم مع مرتو ومخليتهاش تبينلي نيتها اصلا، كنت نتعارك معاها طول ، وكي عدا عام كامل تاع مشاكل بانتلي نزوز من جارنا لي جا خطبني وعمري 20 سنة"

إلى عدم القدرة على تصديق فقدانها واستخدامها لميكانيزم الاجتياف introjection أين يتعامل الفرد مع شخص غائب على أنه موجود بمخيلته لتحقيق الإشباع.

وفي إطار علاقتها مع زوجها وأهل زوجها تقول الحالة: **"لقد تزوجت وعشت مع أهل الزوج في بيت واحد بشكل طبيعي مع وجود بعض الخلافات أحيانا، كانت علاقتي بهم جيدة وأنجبت بعدها ولد وهو مدللي الوحيد، وبعده أنجبت بنتين" "كانت علاقاتي مع الآخرين عادية" "لم أستطع أن أنسى أبدا والدتي وبقيت أزور والدي من حين إلى آخر"، "أصبحت أخاف كثيرا من المرض ودائما ما أفكر فيه[24]"** فلقد صارت الحالة بعد موت أمها تعيش في حالة من القلق التلقائي l'angoisse automatique على أتفه الأمور.

وفي تجربتها مع المرض صرحت الحالة ما يلي: **"بعدما أنجبت أولادي وكبروا وبلغت الأربعين أصبت بمرض ضغط الدم المرتفع، أين أصبحت سريعة الانفعال والغضب، ألقي الكثير من الأوامر على ابنتي الكبيرة وأحملها كامل المسؤولية في البيت تقريبا، حتى أنني أشعر بالذنب اتجاهها أحيانا[25]"** ما يفسر تصرفات الأم مع ابنتها هو آثار دلال والدتها لها التي خلفت فيها شخصية اعتمادية واستغلالية للغير حتى في أقرب الناس، أما عن إصابتها بسرطان الثدي فلقد صرحت الحالة في أقوالها: **"في بداية 2021 ربما أواخر شهر جانفي بدأت أشعر بوخز في ثديي لكني لم أعطي الأمر أهمية فرغم شكوكي خاصة بعدما شعرت بمرور الأشهر بتشكل كتلة إلا أني قمت بتجاهل الأمر[26]"**، وهذا راجع إلى خوفها الشديد من حقيقة أن تكون مصابة فعلا كونها صرحت في قولها: **"كنت دائما أقول أنني سأمرض بالسرطان حتى قبل أن أشعر بكتلة في ثديي لكني أنكرت الأمر عندما حدث[27]"** ويشير هذا إلى استخدام الحالة لميكانيزم الإنكار وإنكارها لواقع أنها قد تكون مريضة فعلا. وعندما تفاقمت عليها الأعراض وذهبت رفقة ابنتها لإجراء الفحوصات اللازمة أين أكدت الطبيبة إصابتها صرحت في قولها: **"يوم قمت بإجراء التحاليل وتأكدت إصابتي بسرطان الثدي لم أتقبل الأمر منذ أكتوبر المنصرم حتى يومنا هذا لم أستطع تقبل الأمر انصدمت كثيرا من أمر كنت أتمنى ألا يكون حقيقي، فأنا السبب فيما حصل لي لو لم أستهين بالوضع لما آلت الأمور إلى ماهي عليه[28]"**، **"حزنت كثيرا وبكيت كثيرا وخفت أكثر، تذكرت أمي رحمها الله وتدهورت حالتي النفسية كثيرا صرت عبئ على ابنتي فلولا استهانتي بالوضع لما مرضت هكذا[29]" "صرت أكثر اعتمادا على ابنتي وأحملها كامل المسؤولية وصرت أقلق أكثر بكثير مما كنت عليه[30]"** يمكن إرجاع أقوال الحالة إلى صدمتها إثر تأكيد شكوكها فرغم هروبها من الواقع إلا أنها سقطت فيه، ما جعلها تعاني من لوم للذات مبالغ فيه قامت بتعويضه بالنكوص إلى مراحل عمرية مبكرة أين كانت تشعر بالراحة والإشباع التام وذلك بالاعتماد على ابنتها وإسقاط نرجسيتها عليها، فالحالة rita أصبحت تعاني من عدم الاتزان الانفعالي نتيجة تلقيها لصدمة ثانية أثرت على طبيعة حياتها. ظهر تناذر التكرار لدى الحالة في رؤيتها للكوابيس حول كلام الطبيبة بتأكيدها لمرضها وذلك في قولها: **"أحلم دائما بصوت الطبيبة وهي تقول لي:**

---

24 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "زوزت وعشت مع مالين راجلي في دار وحدة حتى شوي تاع مشاكل نورمال، كنت متفاهما معاهم وجبت طفل لمدلل تاعي، وراه جبت زوز بنات، وعلاقتي مع الناس مليحة، بصح مقدرتش ننسا ماما خلاه وبقيت مين داك نطل على بابا، وليت نخاف مالمرض طول نخمم فيه"

25 "ومباعد كي كبرو ولادي وقفلت 40 سنة مرضت بلاطونسيو، وليت نقلق بزاف ونشعل، وليت طول انده بنتي لكبيرة وخدمها بزاف محسوب دار كاملة، ولات حتى تغيضني"

26 "وفي 2021 بلاك فالخر تاع جانفي وليت نحس بالوخزة في صدري بصح مالتيتش بيه حتى ساعات نشك حتان حاجة كي تلمت في صدري وهاكاك وما لتيتش"

27 "وليت نقول طول درك نمرض بالكونسار حتى قبل مانحس بالشي تلم في صدري حتى كي صراتلي ماتقبلتش"

28 " وكي درت التحاليل وتأكدت بلي مريضة صح بالكونسار في الصدر ماقدرتش نصدق من اكتوبر حتان لضرك ومش متقبلة مشوكيا بزاف من حاجة كنت نتمنى متصراش كنت انا السبة كي تهاونت سينو مانوصلش هك". غاضتني روحي خلاه وخفت بزاف، تفكرت يما ربي يرحمها وتهلكت حالتي النفسية خلاه وليت عالة على بنتي كون ماتهاونتش منمرضش هك بعد، وليت نعول عليها في كلش ونحملها المسؤولية كل وايت نقلق كثر من قبل"

29 "غاضتني روحي خلاه وخفت بزاف، تفكرت يما ربي يرحمها وتهلكت حالتي النفسية خلاه وليت عالة على بنتي كون ماتهاونتش منمرضش هك بعد"

30 "وليت نعول على بنتي في كلش ونحملها المسؤولية كل ووليت نقلق كثر من قبل"

لديك سرطان في الثدي سيدتي ما يجعلني أستيقظ مرعوبة في وسط الليل[31]"، أما تناذر التجنب فيظهر لدى الحالة في أنها أصبحت لا تحتمل البقاء في المنزل وترغب دائما في الخروج إلى الطبيعة وذلك في قولها: "**منذ ما تأكد مرضي بسرطان الثدي وأنا دائمة الحزن والتفكير والخوف، صرت أرغب في الهروب من نفسي ومن الحقيقة ودائما ما يصحبني زوجي إلى أماكن فيها مناظر طبيعية، ولقد صرت أدخل المنزل إلا في الليل**[32]" ويفسر هذا التجنب والهروب من نفسها كما قالت باستخدامها لميكانيزم الإنكار كمحاولة لحماية نفسها وذلك بالتجنب الدائم والهروب إلى أمكان تشعر فيها بالراحة. أما عن علاقات الحالة مع عائلتها ومع زوجها ومع الآخرين بعد الصدمة التي تلقتها جراء الإصابة بسرطان الثدي فلقد صرحت الحالة أن علاقاتها مع أبنائها وزوجها وإخوتها بقيت مستقرة لكن مع أهل الزوج لم تعد أصلا موجودة وذلك في قولها: "**علاقاتي مع أبنائي جيدة بل أصبحوا مهتمين بي أكثر رغم قسوتي على ابنتي الكبيرة، وابنتي الصغيرة قريبة جدا مني، إلا أن ابني الكبير هو مدللي، وعلاقتي مع زوجي أيضا مستقرة فهو يهتم بي بشكل جيد، إخوتي كذلك علاقاتي بهم جيدة لأنهم أظهروا خوفهم الشديد علي، لكن أهل زوجي لن أسامحهم لأنهم شمتوا بمرضي**[33]".

وبالنسبة لأعراض الاكتئاب فلقد صرحت الحالة أنها بعد الصدمة التي تلقتها من تأكيد مرضها أصبحت بمرور الأشهر تعاني من حزن دائم ومعاناة وضيق نفسي والشعور بالذنب المبالغ فيه ويظهر ذلك في أقوالها: "**ألوم نفسي دائما على مرضي، أنا يائسة تماما من شفائي، لا أريد الموت أرغب في رؤية أولادي يكبرون، لم أعد أرغب في القيام بأي مهام يومية فابنتي تقوم بكل شيء، شهيتي في الأكل ازدادت حتى أن وزدي زاد وأخبرتني الطبيبة أنه عليا عمل حمية، نومي أصبح قليل مقارنة بقبل، أفكر دائما أنني سأموت، وأصبحت أغضب لأتفه الأسباب**[34]" وصرحت الحالة أيضا أنها عاشت في معاناة نفسية منذ وفاة والدتها وأصبحت تخاف من كل شيء، ولو أنها كانت قوية ولم تصدم من مرضها وكانت قوية وتقبلته بشكل طبيعي لما دخلت في حزن ذلك في قولها: "**لو لم أستهن بالموضوع وقمت بالعلاج في وقته وتقبلت الحقيقة لما صار ما صار، حتى وإن خفت لكن لن يكون إلى هاته الدرجة ولن أعاني من صدمة واكتئاب أثرو على علاجي**[35]"

---

31 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "نحلم طول بصوت الطبيبة وهي تقلي عندك كونسار في صدرك امدام نولي نوض مخلوعة في نص الليل"

32 "ملي عرفت عندي كونسار فالصدر وأنا حزينة طول ونخمم وخايفة، "وليت حابة غير نهرب من روحي ومالواقع، ولا راجلي طول يديني لبلايص فيها الطبيعة، وليت ندخل الدار غير فالليل"

33 "وليت مع ولادي مليحة ولاو متهليين فيا بزاف حتى بنتي لكبيرة لي مهبلتها، وبنتي الصغيرة متعلقة بيا بزاف، بصح ولدي لكبير هو لمدلل تاعي كثر منهم، وعلاقتي مع راجلي مليحة يتهلا فيا مليح، وعلاقتي مع خاوتي تاني مليحة بينولي خوفهم عليا بزاف، بصح مالين راجلي منسامحهمش ستشفاو وستهزاو بمرضي"

34 "نلوم روحي طول على مرضي ومش معولا على روحي خلاه نرتاح، مش حابة نموت حابة نشوف ولادي يكبرو، وليت منحب ندير والو فالدار بنتي هي كلش، وليت نحب ناكل بزاف وزدت في لپوا قالتلي طبيبة ديري ريجيم، وليت منرقدش كيما قبل، نخمم طول فالموت، وليت نقلق من اي حاجة تافهة"

35 "كون ماتهاونتش وداويت في لبلاصة بعد وتقبلت الحقيقة سينو مايصراش لي صرا، حتى نخاف بصح مش لهاد الدرجة ومنعانيش مالشوك والحزن نتأثر كي نداوي"

7. نتائج تطبيق استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ:

بيانات عامة

الاسم: rita. إ — وضعية الوالدين: عادية. — تطبيق الاستبيان:

السن: 47 سنة. — أحياء: الأم ☐ الأب ☒ — فردي ☒

المستوى الدراسي: سنة أولى ثانوي. — متوفين: الأم ☒ الأب ☐ — جماعي ☐

المهنة: ماكثة في البيت. — سنة وفاة الأم: 1993 — ضحية مباشرة للحدث ☒

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. — سنة وفاة الأب: — شاهد عن الحدث ☐

تاريخ الفحص: 30 أكتوبر 2021 — مكان الفحص: المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر –قالمة-مصلحة الأمراض السرطانية.

معلومات متعلقة بالحدث

الحدث: فردي ☒ جماعي ☐ — طبيعته: سرطان الثدي

مكان الحدث: — وضعيتك أثناء الحدث: منفردا ☐

تاريخ الحدث: — مرفوقا ☒

مدة الحدث: 5 أشهر

جروح الجسم: لا ☒ نعم ☐ وصفها: — آثارها الحالية:

هل استفدت من تدخل علاج طبي-نفسي مباشرة بعد الحدث: لا ☒ نعم ☐

انقطاع مؤقت عن العمل ITT : لا ☒ نعم ☐ — عدد الأيام:

توقف عن العمل: لا ☒ نعم ☐ — مدته:

عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP: لا ☐ نعم ☐ — النسبة:

طبيعة الحدث

حسب الاستجابة المعطاة، ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية:

كارثة طبيعية ☐	محاولة قتل ☐	اغتصاب ☐
كارثة تكنولوجية ☐	شاهد عن قتل ☐	فقدان أحد الأعزاء ☐
حادث مرور ☐	اكتشاف جثث ☐	اختطاف ☐
حادث منزلي ☐	انفجار قنبلة ☐	شاهد على تعذيب ☐
محاولة اغتيال ☐	هجوم على منزلك ☐	وضعيات أخرى ☒

صف باختصار ملابسات الحدث: الإصابة بسرطان الثدي.

- **معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث:**

الوضعية العائلية:

متزوج ☒ مطلق ☐ أعزب ☐ أرمل ☐

عدد الأطفال: ولد وبنتين تحديد سنهم: الابن الأكبر 26 سنة، البنت الكبرى 23 سنة، البنت الصغرى 19 سنة

الوضعية المهنية:

طالب ☐ عامل ☐

عاطل عن العمل ☒ متقاعد ☐ عطلة مرضية ☐

الحالة الصحية:

هل تعاني مشاكل صحية: لا ☐ نعم ☒

ما هي أهمها: ارتفاع في ضغط الدم

هل تتابع علاج طبي: لا ☐ نعم ☒

ما هي طبيعته: أدوية ارتفاع ضغط الدم.

هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☒ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☐ نعم ☒

ما نوعه: مهدئات من أجل القلق الزائد.

التاريخ: 2017

هل تعرضت لأحداث أخرى تركت لك أثرا: لا ☐ نعم ☒

طبيعتها: وفاة والدتي

تاريخها:1993

- **معلومات عامة حول الفترة التي عقبت الحدث:**

بعد الحدث هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☒ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☒ نعم ☐ ما نوعه:

تاريخ أول جلسة علاجية:

عدد الاستشارات (إلى حد اليوم):

هل تابعت علاج طبي: لا ☐ نعم ☒

نوعه: علاج كيميائي، والعلاج الموجه وعلاج هرموني.

مدته: 5 أشهر

- **التعليمة:**

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة إلى سؤال لم تجيب عليه في أول وهلة، شريطة أن تجيب عليه بعد ذلك . لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية .بالنسبة لكل الاسئلة المطروحة استخدام السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة:

الجدول (27): يوضح نتائج تقييم الصدمة النفسية للحالة الثانية.

شدة أو تواتر التظاهر			
0	1	2	3
منعدمة.	ضعيفة.	شديدة.	شديدة جدا

- **أثناء الحدث:** سوف نتطرق إلى كل ما أحسست به أثناء الحدث .

		0	1	2	3
A1	هل أحسست بالرعب؟				×
A2	هل أحسست بالقلق؟				×
A3	هل لديك إحساس بأنك في حال آخر؟		×		
A4	هل انتابتك تظاهرات جسمية مثل الارتجاف، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟			×	
A5	هل انتابك إحساس بأنك مشلول غير قادر على إصدار ردود أفعال متكيفة؟		×		
A6	هل اعتقدت فعلا بأنك ستموت؟				×
A7	هل أحسست بأنك وحيد ومهجور من طرف الآخرين؟		×		
A8	هل أحسست بأنك عديم القيمة؟		×		
	مج A=	15			

- **منذ الحدث:** سوف نتطرق الآن إلى كل ما تحص به حاليا.

		0	1	2	
B1	هل تطاردك ذكريات وصور الحدث طول النهار والليل؟			×	
B2	هل تعيش مجددا الحدث في الأحلام والكوابيس؟			×	
B3	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟	×			
B4	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟				×
	مج B=	07			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	
C1	منذ الحدث هل ازدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	☐	☐	☒	☐
C2	هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	☐	☒	☐	☐
C3	هل ازداد لديك الاستيقاظ في الليل؟	☐	☐	☒	☐
C4	هل تشعر بأنك لم تنم نهائيا؟	☐	☒	☐	☐
C5	هل تشعر بالتعب عند الاستيقاظ؟	☐	☐	☒	☐
	مج C=	**08**			

		0	1	2	3
D1	هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☒
D2	هل لديك نوبات قلق؟	☐	☐	☐	☒
D3	هل تخشى العودة إلى أماكن لها علاقة بالحدث؟	☐	☐	☐	☒
D4	هل تحس بعدم الأمن؟	☐	☐	☐	☒
D5	هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك ذكرى الحدث؟	☐	☐	☒	☐
	مج D=	**14**			

		0	1	2	3
E1	هل تحس بأنك يقظ ومنتبه للأصوات أكثر من السابق وهل تفزعك كثيرا؟	☐	☐	☐	☒
E2	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	☐	☒	☐	☐
E3	هل أصبحت شديد الغضب أكثر من السابق؟	☐	☐	☐	☒
E4	هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية...)؟ وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة؟	☐	☐	☐	☒
E5	هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☒
E6	هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	☐	☐	☒	☐
	مج E=	**15**			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
F1	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعيات تذكرك به، هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس، الغثيان، الخفقان، الارتجاف، التعرق، صعوبة التنفس؟	☐	☐	☒	☐
F2	هل لاحظت تغيرات على وزنك؟	☐	☐	☒	☐
F3	هل لاحظت تقهقر على حالتك الجسمية العامة؟	☐	☐	☒	☐
F4	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها؟	☐	☐	☒	☐
F5	هل زدت من استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية...؟	☒	☐	☐	☐
	مج F=	**08**			

		0	1	2	3
G1	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق؟	☐	☐	☐	☒
G2	هل تعاني من فجوات بالذاكرة؟	☐	☐	☒	☐
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره؟	☒	☐	☐	☐
	مج G=	**05**			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
H1	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟				×
H2	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث؟				×
H3	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإنهاك؟				×
H4	هل لديك مزاج حزين و/أو هل تنتابك نوبات من البكاء؟				×
H5	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟ وهل تراودك أفكار انتحارية؟	×			
H6	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية و/أو الجنسية؟				×
H7	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبلك مدمر؟				×
H8	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الاتصالات؟			×	
	مج H=	**20**			

		0	1	2	3
I1	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جربت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج؟				×
I2	هل تشعر أنك مذنبا نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث و/أو نجوت دون الأخرين؟				×
I3	هل تشعر بأنك مذلول أمام كل ما يحدث؟		×		
I4	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك؟		×		
I5	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره؟		×		
I6	هل تغيرت نظرتك للحياة ولنفسك وللآخرين؟				×
I7	هل تفكر بأنك لست مثلما كنت سابقا؟			×	
	مج I=	**14**			

		نعم	لا
J1	هل تتابع نشاطك المهني أو الدراسي؟	☐	☒
J2	هل تشعر بأن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة؟	☐	☒
J3	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة؟	☒	☐
J4	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الآباء، الأبناء...) منذ الحدث؟	☐	☒
J5	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك؟	☒	☐
J6	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين؟	☐	☒
J7	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	☒	☐
J8	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين؟	☒	☐
J9	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق؟	☒	☐
J10	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق؟	☐	☒
J11	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك؟	☒	☐
	مج ا=	05	

1.7. تنقيط السلالم:

من الدرجات A إلى I تتحصل على النقطة في السلم بإضافة أجوبة الفرد لكل عنصر (0، 1، 2، 3) العلامات تكون ما بين 0 إلى 24 بنسبة لدرجات السلم A و H من 0إلى 12 لدرجات سلم B ،من0 إلى 15 لدرجات سلم F،D، Cن من 0إلى 18 لدرجات سلم D و من 0 إلى 9 لدرجات سلم G.

أما من أجل المقياس ا، من المستحسن استعمال الجدول أسفله وتحسب نقطة 1 من أجل كل خانة رمادية مشطبة و0 من اجل الخانة البيضاء.

2.7. تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة:

الجدول (28): يوضح تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة للحالة الثانية.

المجموع الكلي	J	I	H	G	F	E	D	C	B	A	المقاييس
111	5	14	20	5	8	15	14	8	7	15	**مجموع النقاط**
4	3	4	5	3	4	5	5	3	3	3	**النقاط المعايرة**

8. التقييم الاكلينيكي لنتائج استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ:

لقد أجابت الحالة rita على بنود الاستبيان TRAUMAQبصفة فردية وذلك بعد مرور خمسة أشهر على وقوع الحدث الصدمي (الإصابة بسرطان الثدي)، فالنتائج حسب التحليل النمطي للاستبيان تشير إلى صدمة نفسية قوية (تناذر نفسي صدمي شديد) والذي تعبر عنه البنود حسب التظاهرات الموصوفة وهذا ما تدل عليه مجموع النقاط المرتفع المُجمع والذي يعادل 111نقطة تعادلها نقطة معايرة 4 حيث تتوزع مجموع النقاط على 10 سلالم يضم كل سلم مجموعة أعراض مميزة للصدمة النفسية وحالة الاجهاد ما بعد الصدمة.

تحصلت الحالة rita في السلم **(A)** والذي يضم **8 بنود تخص ردود الفعل الجسدية والعقلية الفورية أثناء الحدث** على 15 نقطة خام والتي تقابها نقطة معايرة 3 تعبر عن المواجهة الأولى للفاجعة وخطر الموت باعتبار السرطان مرض خطير يهدد حياة الفرد، ويظهر هذا من خلال البنود (A6) (A2) (A1) التي تحصلت فيها على أعلى تنقيط 3 (تواتر شديد جدا) ما يدل على أن الحالة عاشت خلالها تجربة مؤلمة ومعاناة نفسية شديدة، أين تملكها الفزع والقلق والخوف من الموت أمام الرغبة في الحياة، والبداية الفعلية للتفكير في الموت، وقد حصلت الحالة على تنقيط 2 (تواتر شديد) في البند (A4) و يدل هذا على فجائية حدث الإصابة بمرض السرطان، حيث ارتفع ضغط دم الحالة كثيرا وازدادت دقات قلبها وشعرت بارتجاف مع العلم أن الحالة تعاني مسبقا من ارتفاع في ضغط الدم وبما أن الارتفاع فيه يحصل نتيجة مثير مقلق فهذا يدل على أن الخبر أصاب الحالة بالرعب الشديد، في حين أن الحالة تحصلت على نقطة واحدة (تواتر ضعيف) في البنود (A8) (A7) (A5) (A3) وهذا ما يظهر التوتر الضعيف بسبب أن الحالة كانت رفقة ابنتها وكذلك البنود الأخرى التي تشير الى الإحساس بالهجران من قبل الأخرين والإحساس بعدم القيمة حيث كانت النقطة ضعيفة وهذا ما يدل على أهمية الدعم النفسي أثناء الحدث.

تحصلت الحالة في السلم **(B)** والذي يضم **4 بنود تخص أعراض تناذر التكرار** على 07 نقاط خام تقابلها نقطة معايرة 3 تعكس أعراض تناذر التكرار المتوسطة بعد مرور 5خمسة أشهر من سماع الحدث الصادم بإصابتها بسرطان الثدي حيث أن ذكريات وصور الحدث الصدمي تطارد الحالة بصفة متوسطة خلال الليل والنهار (B1) وغالبا ما تعيش حدث الإصابة بالمرض في الأحلام والكوابيس وهو ما يدل على التواتر المتوسط للبند، لكن نجد أن التواتر شديد جدا في البند (B4) حيث تعاني الحالة من قلق شديد كلما تذكرت الحدث بينما تتحدث عن الحدث بسهولة ويظهر ذلك من خلال التواتر الشديد للتظاهر (B3) وهذا يدل على أن الحالة تستعمل عملية التفريغ الانفعالي بدون وعي.

كما تحصلت الحالة في السلم **(C)** والذي يضم **5 بنود تخص اضطرابات النوم** على 08 نقاط تقابلها نقطة معايرة 3 تعكس معاناة الحالة المتوسطة حيث أعلى تنقيط تحصلت عليه هو (2) في البنود (C5) (C3) (C1) والتي تعكس أعراض تناذر التكرار ويظهر هذا من خلال التواتر المتوسط لها والتي تعبر عن زيادة صعوبات النوم عند الحالة أكثر من قبل وزيادة الاستيقاظ أثناء النوم والشعور بالتعب عند الاستيقاظ، ويظهر تواتر ضعيف في البنود (C2) (C4) التي تنقيطها (1) والتي تعبر عن ضعف معايشة كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث الصدمي وقلة الشعور بعدم النوم.

وبالنسبة للسلم **(D)** الذي يضم **5 بنود تخص القلق والحالات الفوبية** قدر مجموعه لدى إجابات الحالة ب: 14 نقطة تقابلها نقطة معايرة 5 تعكس المعاناة النفسية الشديدة جدا للحالة من خلال التواتر الشديد جدا للبنود (D4) (D3) (D2) (D1) أين

تحصلت على أعلى تنقيط 3 والتي تعبر عن القلق الشديد والخوف من العودة لمكان الحدث، وتواتر متوسط في البند (D5) الذي يعبر عن أعراض التجنب بشكل متوسط للوضعيات والمشاهد التي تثير ذكرى للحدث.

ونقطت إجابات الحالة في السلم **(E)** والذي يضم **6 بنود تخص التهيج، فقدان السيطرة واليقظة المفرطة** ب: 15 نقطة تقابلها نقطة معايرة 5 **تعكس** الآثار الشديدة جدا الناتجة عن الحدث الصادم من خلال التواتر الشديد للبنود (E4) (E3) (E1) (E5)التي تعبر عن اليقظة والانتباه للأصوات، شدة الغضب وصعوبة تحكم الحالة في أعصابها وخوفها من عدم التحكم في قسوتها منذ الحدث، وكذلك ظهرت لديها سلوكيات عدوانية متوسطة منذ الحدث، بينما يظهر التوتر ضعيف في البند (E2) الذي يعبر عن شدة الحذر.

كما تحصلت الحالة في السلم **(F)** الذي يضم **5 بنود والخاص ب التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان** على 08 نقاط تقابلها نقطة معايرة 4 **تعكس** المعاناة النفسية والجسدية المتوسطة للحالة ويظهر هذا من خلال التواترات المتوسطة للبنود (F1) الذي يمثل ظهور ردود فعل جسمية لدى الحالة عندما تفكر بمرضها وتتمثل في الخفقان، آلام في الرأس والارتجاف وفي البند (F2) الذي يمثل زيادة وزن الحالة بعد الحدث الصدمي، والبند (F3) الذي يمثل تقهقر في صحة الحالة الجسمية للمفحوصة حيث زيادة الوزن نتيجة الأكل بشراهة بسبب القلق جعلها تعاني من تدهور في صحتها ما دفع الطبيبة إلى الطلب منها القيام بحمية غذائية، وكذلك التواتر متوسط بالبند (F4) الخاص بالتعرض لمشاكل صحية من الصعب تحديد أسبابها. بينما تواتر البند(F5) كون الحالة ليست من مستهلكي القهوة.

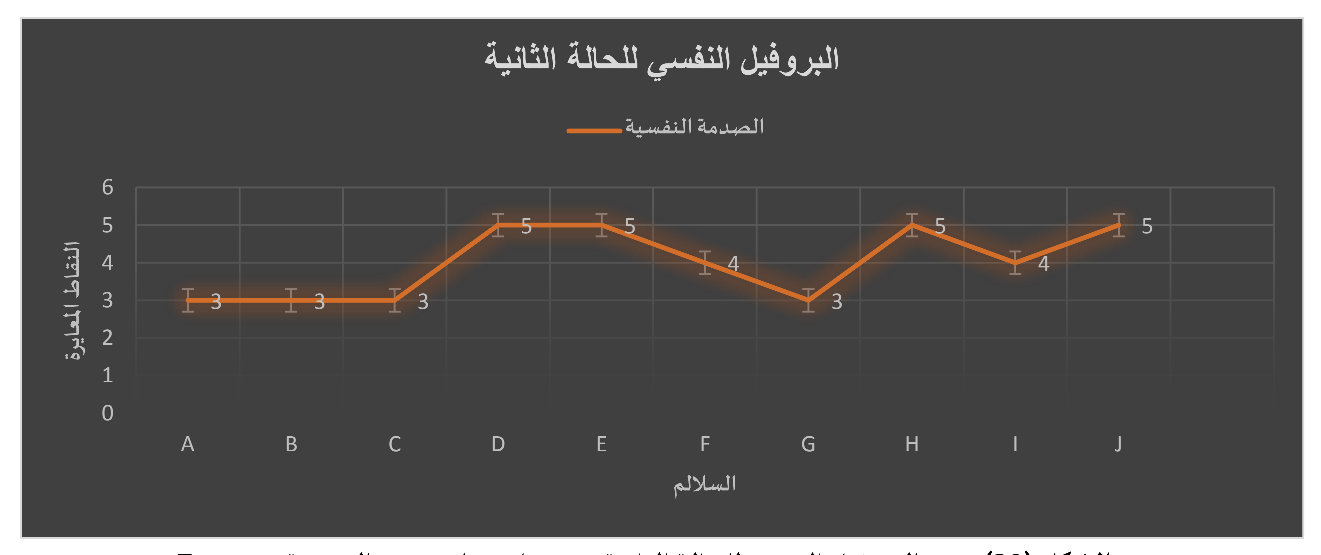
وحققت الحالة في السلم **(G)** الذي يضم **3 بنود والخاص بالاضطرابات المعرفية،** 5 نقاط خام تقابلها النقطة المعايرة 3 **تعكس** المعاناة المتوسطة للاضطرابات المعرفية، وقد أظهرت إجابة الحالة تواتر شديد للبند (G1) الخاص بصعوبة التركيز وتواتر متوسط في التظاهر(G2) الذي يعبر عن صعوبة التركيز لدى الحالة منذ الحدث، في حين أن تواتر التظاهر (G3) منعدم الذي يخص صعوبة تذكر الحدث الصدمي أو بعض عناصره هذا راجع إلى المعاناة النفسية التي خلفها مرضها بسرطان الثدي الذي لطالما كانت تخشاه.

تحصلت الحالة في السلم **(H)** الذي يضم **8 بنود والخاص بالاضطرابات الاكتئابية،** على 20 نقطة خام تقابلها النقطة المعايرة 5 **تعكس** المعاناة النفسية الشديدة جدا للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البنود (H1) (H2) (H3) (H4) (H6)(H7) التي تعكس فقدان الرغبة في الأشياء الهامة قبل الحادث وانخفاض الطاقة والحيوية والشعور بالتعب والإنهاك والمزاج الحزين بالإضافة إلى الشعور بضياع المستقبل، وقد أظهرت الحالة تواتر شديد في البند (H8) الذي يمثل الميل الى العزلة أو لرفض الاتصالات، وهذا ما يظهر في رغبة الحالة الدائمة في الخروج من المنزل والذهاب إلى أماكن طبيعية معزولة بها تنسيها المعاناة وتشعرها بالراحة النفسية، في حين أظهرت الحالة تواتر منعدم للبند (H5) الخاص بالأفكار الانتحارية.

وأحرزت الحالة في السلم **(I)** الخاص **بالمعاش الصدمي من خلال التجارب المؤلمة والشعور بالذنب وفقدان تقدير الذات ومشاعر الغضب والعنف** و يضم هذا التظاهر **7 بنود،** 14 نقطة خام تقابلها النقطة المعايرة 4 **تعكس** المعاناة النفسية الشديدة للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البنود (I1) (J2) (J6) حيث يمثل البند (J1) تفكير الفرد بأنه مسؤول عن الطريقة التي

جريت بها الأحداث، والبند (J2) الذي يشير إلى الشعور بالذنب والتفكير بمسؤولية الفرد عن الحدث، وكذلك البند (J6) الذي يعكس تغير نظرة الفرد للحياة ولنفسه وللآخرين وهذا ما يدل على أن الحالة تشعر بالذنب وتحمل نفسها مسؤولية مرضها ما سبب تغير في نظرتها للحياة، أما عن التواتر الشديد فظهر في البند (I7) الذي يعبر عن تفكير الفرد بأنه ليس كما كان، بينما كان تواتر البنود(I3) (I4) (I5) ضعيف حيث يعكس البند (I3) الشعور بالذل أمام الآخرين والبند (I4) الذي يعكس الشعور بانحطاط القيمة، والبند (I5) الذي يعكس الشعور بالغضب العنيف والكره، ويشير هذا إلى علاقة الحالة السوية بعائلتها ويعكس اهتمامهم بها ما عزز لديها الشعور بالثقة، ويمكن إرجاع أيضا سبب عدم شعورها بالذل وانحطاط القيمة إلى مرحلة الطفولة أين عاشت في وسط أسري أين كان الإفراط في دلال الأم وإعطاء كامل القيمة إليها مقارنة بالإخوة ما شكل لديها نوع من النرجسية والأنانية.

وبالنسبة للسلم **(J)** الخاص **بنوعية الحياة** والذي يحتوي على **11 بندا** حيث نالت الحالة 05 نقاط خام تقابلها النقطة المعايرة 3 تعكس تغير طفيف في نمط حياتها من خلال فقدان لذة الحياة ولكن بقيت تمارس الأنشطة الترفيهية كما في السابق بل وزادت حيث بالنسبة لها النشاط الترفيهي الوحيد هو الخروج من المنزل والذهاب إلى الأماكن الطبيعية وفي فترة المرض زادت تلك الرغبة لتجنب التفكير والألم، كذلك أوضحت الحالة أنها وجدت مساندة من طرف الأقارب خاصة عائلتها وإخوتها ويظهر ذلك في البند (J7) ولم تقطع أيضا علاقتها بزوجها وأبنائها وإخوتها بل فقط بأهل الزوج بسبب شماتتهم بها وذلك ما يظهر في البند (J4) إضافة إلى الشعور بعدم فهم الآخرين وهجرهم لها وأنها تشعر بأنها غير معنية بالأحداث المحيط.



الشكل (28): يبين البروفيل النفسي للحالة الثانية حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq

من خلال الشكل أعلاه والذي يمثل البروفيل النفسي للحالة الثانية حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq، نلاحظ أن الحالة تعاني من تناذر صدمي شديد حسب البروفيل «A» حيث قدرت فيه النقطة المعايرة ذروتها وهي موضحة فيما يلي:

- نقطة معايرة عالية جدا (5) على السلم D الذي يخص القلق والحالات الفوبية، وكذلك على السلم E الذي يخص التهيج وفقدان السيطرة واليقظة المفرطة، والسلم H الذي يخص اضطرابات الاكتئاب، والسلم J الذي يخص نوعية الحياة وهذا ما يشير إلى قلق الحالة الشديد وخوفها من المرض الذي أدى إلى تهيجها وفقدان سيطرتها بسبب تلك الصدمة النفسية والتي أسفرت بدورها عن ظهور اضطرابات الاكتئاب لديها.

- مجموع نقاط معايرة عالية (4) على السلم F الذي يخص التفاعلات النفسية والجسدية، والسلم I الذي يخص التجارب المؤلمة، والشعور بالذنب، وفقدان تقدير الذات، والمشاعر العنيفة والغضب، وهذا ما يؤكد المعاش النفسي للحالة بعد تأكدها من إصابتها، فهذا السلم يعكس الحالة النفسية للحالة نتيجة الصدمة النفسية للمرض.
- نقطة معايرة متوسطة (3) على السلالم A B C G تعكس الظهور المتوسط للتظاهرات الخاصة بتلك السلالم.

9. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول (29): يوضح نتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب على الحالة الثانية.

الأعراض	العبارة	التنقيط
1) الحزن	أشعر بالحزن طول الوقت.	2
2) التشاؤم	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.	2
3) الفشل السابق	كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل.	2
4) فقدان الاستمتاع	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.	1
5) مشاعر الذنب	أشعر بالذنب في كل الأوقات.	3
6) مشاعر العقاب	أشعر بأني سأتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى.	3
7) عدم حب الذات	لا أحب نفسي.	3
8) نقد الذات	أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.	1
9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية	ليس لدي أفكار للانتحار.	0
10) البكاء	أبكي أكثر مما تعودت.	2
11) التهيج والاستثارة	أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقرا.	2
12) فقد الاهتمام	من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء.	3
13) التردد في اتخاذ القرارات	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت عليه.	2
14) انعدام القيمة	لا أشعر أني عديم القيمة.	0
15) فقدان الطاقة على العمل	ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.	3
16) تغيرات في نمط النوم	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	1
17) القابلية للغضب والانزعاج	أغضب أكبر بكثير مما تعودت.	2
18) تغيرات في الشهية	شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت إلى حد ما.	2
19) صعوبة التركيز	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.	3
20) الإرهاق أو الإجهاد	أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.	3
21) فقدان الاهتمام بالجنس	فقدت الاهتمام بالجنس تماما.	3
المجموع		43

1.9. تحليل نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

تحصلت الحالة على 43 درجة من أصل 63 درجة خام ممكنة وهو ما يدل على مستوى اكتئاب شديد.

2.9. الاستنتاج التشخيصي للحالة الثانية حسب شبكة الملاحظة والمقابلات، استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

جدول (30): يوضح نتائج مؤشرات وجود الصدمة النفسية والاكتئاب وفق أدوات الدراسة للحالة الثانية.

الأداة	المؤشرات
شبكة الملاحظة والمقابلات نصف الموجهة	- تعابير الحزن ونبرة صوت عادية مع سرعة الانفعال. - أعراض الاكتئاب والصدمة النفسية للإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة. - أعراض الاكتئاب الناتج عن صدمة الإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة.
استبيان تقييم الصدمة Traumaq	- صدمة قوية حسب نتائج الاستبيان قدرات ب 111 درجة. - تناذر صدمي شديد حسب البروفيل النفسي للحالة. - بلوغ أعراض القلق والحالات الفوبية، واضطرابات الاكتئاب، ونوعية الحياة الذروة بالإضافة إلى التفاعلات النفسية الجسدية والشعور بالذنب.
قائمة بيك الثانية للاكتئاب.	- اكتئاب شديد قُدّر ب 43 درجة. - وجود أعراض بارزة تتمثل في مشاعر الذنب والعقاب وعدم حب الذات، وفقدان الاهتمام والطاقة والإرهاق، صعوبة التركيز، وفقدان الاهتمام بالجنس.

2. التحليل العام للحالة الثانية:

استنادا على ما تم ملاحظته من خلال شبكة الملاحظة، وما جاء من أجوبة الحالة على أسئلة المقابلة نصف الموجهة، تبيّن أن الحالة عبّرت بشكل صريح عن صدمتها الشديدة عندما تأكدت إصابتها بسرطان الثّدي ما أثّر كثيرا على حالتها النّفسية، حيث كانت أعراض الصدمة واضحة من خلال أقوالها، من صدمة وصعوبة تقبل المرض والخوف والقلق الزائد والمبالغ فيه من المرض وهذا راجع إلى الخبرات المؤلمة والصادمة التي عايشتها الحالة في فترة سابقة من حياتها من مرض والدتها بمرض مزمن ووفاتها وهذا ما شكّل لديها خوف غير طبيعي من المرض والمعاناة الناتجة عنه والشعور بالذنب المبالغ فيه نتيجة ذلك خاصة وأنها علمت مسبقا بمرضها إلاّ أنها رفضت الذهاب للطبيب حتى تفاقمت عليها الأعراض وهذا ما يشير أيضا إلى هروب الحالة من الواقع وإنكاره والذي ترجمته بعد ذلك إلى تناذر التجنب بالخروج الدائم من المنزل والذهاب إلى أماكن معزولة رغم أن الحالة لم تقطع علاقاتها مع الآخرين خاصة الأقربون من أفراد عائلتها الذين يدعمونها بشكل كبير ما يبرز أهمية الدعم النفسي لمثل هاته الحالات، أما مظاهر الاكتئاب فظهرت بشكل جلي في شعورها بالحزن في أغلب الأحيان بسبب مرضها، وفقدانها الطاقة والقدرة على القيام بأبسط

الأمور حيث ألقت كامل المسؤولية على ابنتها، ويمكن إرجاع مثل هذا التصرف إلى مآل الدلال المفرط في فترة الطفولة، وكذلك البكاء الحسرة والشعور بتأنيب الضمير، وفقدانها الاهتمام بنفسها وبعائلتها وزيادة قلقها وانفعالها، وأيضا زيادة شهيتها الكبيرة للأكل بسبب القلق والتوتر، وقلة النوم، اليأس والتشاؤم من المستقبل وتفكيرها الدائم في الموت، وهذا ما يوحي إلى أن الحالة rita عانت من صدمة شديدة جراء إصابتها بسرطان الثدي أسفرت عن ظهور الاكتئاب لديها.

وجاءت هذه النتائج مطابقة لنتائج استبيان تقييم الصدمة Traumaq أين تحصلت الحالة على 111 درجة تشير إلى صدمة قوية مع تناذر صدمي شديد حسب البروفيل النفسي للحالة rita الذي يوضح بروز القلق والاضطرابات الفوبية وكذلك التهيج وفقدان السيطرة وسرعة الغضب، وأساسا أيضا بروز اضطرابات الاكتئاب بشكل كبير مقارنة بالدرجة المعيارية العالية يرفقه تناذر التكرار بوتيرة متوسطة وهذا يتطابق تماما مع أقوال الحالة وأجوبتها أثناء المقابلات.

كما جاءت مماثلة لنتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب والتي تحصلت فيها الحالة على 43 درجة تشير إلى اكتئاب شديد يؤكد الأعراض التي تعاني منها الحالة وذكرتها في المقابلات حيث ظهرت أعلى النقاط (3) في العبارات الخاصة بمحور مشاعر الذنب بشعورها بالذنب في أغلب الأوقات وأنها هي السبب في مرضها، وفي محور العقاب وعدم حب الذات أين عبرت عن شعورها بأنها ستتعرض كثيرا للعقاب وللأذى وعدم حبها لنفسها بسبب مرضها، وظهرت أيضا في محور فقدان الاهتمام وفقدان الطاقة بأنه من الصعب عليها الاهتمام بأي شيء وعدم امتلاك الطاقة لذلك، وشعورها الدائم بالإرهاق والإجهاد وصعوبة معظم الأشياء كما في السابق، وكذلك صعوبة التركيز المتمثلة في التوظيف المعرفي بحيث عبرت عن عدم قدرتها على عدم التركيز في أي شيء، وفقدانها الاهتمام بالجنس منذ الحث.

كل ما تم الوصول إليه من خلال المقابلات وشبكة الملاحظة واستبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq، وكذلك قائمة بيك الثانية للاكتئاب تشير إلى أن الحالة rita تعاني من صدمة نفسية قوية أسفرت عن ظهور الاكتئاب، والمعاش النفسي المؤلم من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq.

III. تقديم وتحليل الحالة الثالثة (nina):

1. البيانات الأولية:

الاسم واللقب: nina. م.

السن: 54 سنة.

مكان الميلاد والإقامة: بلدية عين حساينية ولاية قالمة.

ترتيب الميلاد: الثانية بين خمسة إخوة.

الحالة الاجتماعية: عازبة.

الوضع الاقتصادي: فقيرة.

المستوى التعليمي: ابتدائي.

المهنة: ماكثة بالبيت.

الحالة الصحية: مصابة بسرطان الثدي منذ سنتين من بدأ أول مقابلة.

السوابق المرضية الشخصية: لا توجد.

التاريخ الاستشفائي: لم يسبق لها الدخول في وضع استشفائي قبل الإصابة بالسرطان.

التاريخ النفسي: لا يوجد.

السوابق الأسرية المرضية: لا توجد.

العلاقات الأسرية: جيدة.

العلاقات الاجتماعية: مستقرة.

2. الظروف المعيشية:

الحالة من مواليد 08 جويلية 1968بقالمة (بلدية) نتيجة حمل مرغوب فيه، وهي الابنة الثانية بين 5 إخوة، 3 ذكور و2 إناث. وعاشت الحالة مع عائلتها في جو يسوده التعاون والتفاهم .درست الحالة nina فترة قصيرة في الابتدائية حيث توقفت عن الدراسة في السنة الرابعة ابتدائي لظروف عائلية من أجل مساعدة الأم على القيام بمهام المنزل، كون الحالة تعيش في منطقة ريفية وكانوا يربون الدواجن والأبقار وبسبب كثرة العمل في المنزل من جهة وبعد المدرسة من جهة أخرى لم تستطع الحالة إكمال الدراسة، وعاشت الحالة nina حياة مليئة بالانشغالات وتحملت المسؤولية مع والديها منذ صغرها وكانت قريبة جدا من إخوتها وتهتم بهم كما أنها كانت محبوبة وسط أفراد العائلة .لم تمتلك الحالة صديقات عدا بنات عمها الذين كانوا يسكنون بالقرب منهم وكانت تتفق معهم كثيرا وتمضي معهم معظم أوقات اللعب في أيام الطفولة وأوقات الراحة في جلسات البنات أيام فترة المراهقة ولم تعاني الحالة nina من أي مشاكل طول فترة شبابها ودائما ما كانت البنت المطيعة البارّة بوالديها والمُحِبّة لإخوتها .بعد بلوغ سن الزواج تزوج إخوتها البنات والذكور وبقيت هي وأخوها الأقل منها رفقة والديهما، وعاشت حياة فقيرة خاصة بعدما كبر والديها في السن وتوقفهم عن العمل في تربية الدواجن وبيعها، ورفض أخوها إكمال العمل بدل من أبيه بحكم دراسته، ليتزوج بعد إكمال الدراسة والحصول على عمل، وبقيت الحالة مع والديها لترعاهم بمساعدة مادية من إخوتها، حتى جاء اليوم الذي توفيت فيه أمها في سنة 2014، وبعدها بعام مباشرة توفي أبوها في أواخر 2015 حيث كانت الحالة تبلغ من العمر حينها 47 سنة، بعد وفاة والديها بقيت الحالة تعيش في بيت العائلة وحدها فترة من الزمن إلى أن انتقل أخوها الأصغر منها للعيش معها رفقة عائلته ما عوضها قليلا عن فقدان والديها وبقائها وحيدة إضافة إلى قيام إخوتها بزيارتها من حين إلى آخر. وبالنسبة للسوابق المرضية فالحالة لم تعاني من أي مرض وكانت بصحة جيدة جدا، وبالنسبة للسوابق المرضية الأسرية فلا توجد أيضا، فوالديها ماتوا ميتة طبيعية، عدا جدتها التي

كانت مريضة بالسكري .وفي سنة 2020 لاحظت الحالة احمرار كبير في ثديها الأيسر فضنت أنها مجرد حساسية في الجلد وسوف تختفي إلا أنها ازدادت حالتها سوء حتى ذهبت إلى طبيبة الأمراض الجلدية أين وجهتها إلى المستشفى للقيام بالفحوصات لشكها في أنه سرطان الثدي وأخبرتها بذلك، وفي جوان 2020 أظهرت التحاليل والفحوصات أن الحالة nina مصابة بسرطان الثدي وهي تقوم بالعلاج منذ سنتين.

3. جدول سير المقابلات:

جدول (31): يوضح سير المقابلات مع الحالة الثالثة.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف	المكان
الأولى	2022/02/15	45 دقيقة	الحصول على موافقة الحالة ومحاولة كسب ثقتها والاتفاق بعد ذلك على جدول سير المقابلات (كل 21 يوم من الوعد الأول)، وجمع بعض البيانات الأولية.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثانية	2022/03/08	45 دقيقة	جمع معلومات عن تاريخ الحالة سواء الشخصي خلال مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد، والأسري والتعليمي والمهني، والزواجي.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثالثة	2022/03/29	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بمدى تعرض الحالة للصدمات النفسية سواء السابقة أو الحالية وما يرافقها من تغيرات نفسية، بالإضافة إلى الكشف عن مآل تلك الصدمة نتيجة الإصابة بسرطان الثدي، وتطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الرابعة	2022/04/19	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بالحالة النفسية للحالة بعد صدمة الإعلان عن السرطان وعن مدى وجود أعراض اكتئابية وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة.	مكتب الأخصائية النفسانية.

4. ملخص المقابلات:

سارت المقابلات مع الحالة nina في ظروف جيدة حيث وافقت على إجراء المقابلات بدون أي اعتراض وكانت متجاوبة مع الأسئلة المطروحة، كانت المقابلة الأولى تمهيدية كسبنا فيها ثقة الحالة وتعاونها وجمعنا فيها البيانات الأولية الأولية واتفقنا على سير باقي المقابلات أين قدّمت موافقتها، كانت الحالة طول فترة المقابلات قليلة الكلام وخجولة تتكلم بصوت هادئ وأحيانا تسكت عن الكلام فترة وجيزة ثم تكمل الحديث، أجابت الحالة nina على أسئلة المقابلة بشكل صريح وطبيعي، حيث صرحت أنها لم تعاني من أي مشاكل مع عائلتها لكنها عاشت حياة شاقة منذ صغرها وتحملت المسؤولية رفقة أمها، لم تتزوج الحالة رغم تقدم الكثير لخطبتها لكنها كانت ترفض لأنها لم ترغب في ترك والديها وحيدين، لكنها كانت مسرورة بذلك، وبعد موتهما تلقت كامل الدعم من

إخوتها الذين لم يشعروها بغيابهم. وصرحت الحالة أنها لم تتخيل أبدا أنها ستصاب بسرطان الثدي وكان خبر مرضها صادم لها ولم تستوعبه وتغيرت حياتها كثيرا بعد ذلك، فالحالة nina صرحت أنها كانت قبل مرضها تفرح أحيانا من كثرة زيارة إخوتها لكن في الفترة الأولى من مرضها أصبحت تنزعج لزيارتهم لها، وصرحت أنها تغيرت كثيرا مقارنة بالسابق، كما أنها قبل مرضها كانت تأمل في الزواج وترغب فيه إلى أنها بعد ذلك فقدت الأمل تماما فيه، وأصبحت تفكر فقط في صحتها، فهي متجاوبة مع العلاج لكنها يائسة من الشفاء وتخاف من تطور المرض. فالحالة nina رغم لحظات الصمت والحزن الظاهر على وجهها وشعورها بالوحدة إلى أنها تكافح بشدة للشفاء والعيش.

5. **شبكة الملاحظة:** بالإضافة إلى ما ورد في النموذج الموجود بالمؤسسة الاستشفائية (أنظر الملحق 4) أضيف ما يلي:

جدول (32): يوضح شبكة الملاحظة للحالة الثالثة.

المحاور	الجانب المراد ملاحظته	الملاحظة
المظهر العام	-الهيئة -السلوك العام - التعاون والتفاعل -وضعية الجلوس -الطول -الوزن	- عادية لا يوجد تنظيم زائد. - طبيعي. متعاونة جدا ومتفاعلة. -عادية. -متوسط. -نحيفة.
الجانب اللغوي والكلام	-الكلام -النطق -نبرة الصوت -لغة الجسد -الإيماءات	- مترابط ومتسلسل - واضح. - عادية. -غير معبرة ولا تستخدمها في التواصل. - غير صف بالجمود.
الجانب الانفعالي	- الحزن - سرعة الغضب -الخوف - القلق - الابتسام	- متوسط. - لا يوجد. - متوسط. - متوسط. - نادر.
التوظيف المعرفي	-الانتباه -التفكير -عملية الذاكرة -قدرة اتخاذ القرارات	- القدرة على الانتباه. - مستوى جيد في التفكير. - تذكر مستمر للإصابة بالسرطان. - تردد في اتخاذ القرارات.

6. تحليل المقابلات مع الحالة nina:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة nina تبين أنها عاشت حياة طبيعية مع عائلتها بشكل متماسك ومتعاون، وبحكم عيشهم في منطقة ريفية فلقد كانوا يقومون بتربية المواشي والدواجن، وطبيعة العيش كانت قاسية ومليئة بالأشغال، هذا ما جعل الحالة تتحمل المسؤولية منذ صغرها وتتوقف عن الدراسة لتساعد أهلها وذلك في قولها: **"قديما عندما كنت صغيرة كنّا نربّي المواشي والدواجن، كان أبي رحمه الله يتاجر بهم وهم مصدر رزقنا، وكانت أمي رحمها الله تساعده في ذلك وتقوم بالتنظيف وحلب الأبقار وجمع البيض ورعي الأغنام معه أحيانا، وعندما كبرت أنا وأخي أصبحنا نساعدهم[36]"** وفي قولها أيضا: **"عندما حان وقت الدراسة كنت أذهب رفقة أخي الأكبر مني بأشهر، لكن أنا لم أكمل الأعوام الأخرى لأن المدرسة كانت بعيدة ولم أستطع أيضا ترك أمي وحيدة مع أشغال المنزل اللامتناهية، وبحكم أيضا أنها في ذلك الوقت أنجبت أختي وكانت في فترة النفاس فلم أستطع تركها وحيدة وأخبرني أبي أن أتوقفت عن الدراسة، كنت في السنة الثالثة حينها[37]"**، من كلام الحالة نرى أنها عاشت حياة قاسية وأُجبرت على ترك المدرسة من طرف والدها من أجل المساعدة في مهام المنزل، واستخدمت الحالة هنا ميكانيزم التبرير حيث برّرت توقيف والدها لها من إكمال الدراسة بمساعدة أمها الوحيدة على أشغال المنزل من جهة وببعد المدرسة من جهة أخرى، والتبرير أو الكذب على الذات قد يتحول في وقت لاحق عندما يُقرّ الفرد بالحقيقة لنفسه وتنكشف الحقيقة المكبوتة في اللاشعور بطريقة لا شعورية ويصبح واعي، إلى لوم وتأنيب سواء للذات أو للآخرين، كما صرحت الحالة nina بأنها تحملت مسؤولية أكبر منها منذ صغرها وذلك في قولها: **"حملت الهم مع وأمي أبي منذ صغري، فلقد كنت أعمل وأحرث، كل الأعمال الشاقة كنت أقوم بها بدون كلل أو ملل، أفراد العائلة كانوا يحبونني لأنني كنت نشيطة وذكية ومطيعة لوالدي، لقد عشت مع عائلتي متفاهمين ولم تكن تحدث أي مشاكل، وإخوتي جميعا كانوا يدرسون وأنا كنت أبقى في المنزل للمساعدة في أعماله[38]"** وهذا ما يوضح أن علاقات الحالة مع عائلتها كانت سوية وخالية من الصراع ولكنها مليئة بالمهام والمسؤوليات ورغم هذا فالحالة كانت مطيعة لوالديها.

أما بخصوص العلاقات وتكوين الصداقات فالحالة صرحت أنها لم تكن تملك أصدقاء بحكم قلة الجيران وذلك في قولها: **"لم أكن أمتلك صديقات لأنه أصلا لم يكن يوجد جيران غير بيت عمي الذين كانوا يسكنون بجنبنا، فلقد كنت ألعب مع بنات عمي فقط وكنا نمضي أوقات جميلة حتى بلوغنا 19 عاما أو 20 عاما حيث تزوجوا آنذاك، لقد كنت أستمتع رفقتهم وأنسى ضيقة الروح وأعمال المنزل التي لا تنتهي[39]"** وهذا ما يشير إلى أن الحالة كانت تكبت انفعالاتها منذ الطفولة، حيث بدأت تلاحظ مجرى الأمور تدريجيا تزامنا مع فترة المراهقة والشباب أين نضجت أكثر وأصبحت في مرحلة وعي تسمح لها بالتمييز، أكملت الحالة الحديث لكن تخلل حديثها فترات قصيرة من الصمت حيث صرحت بعد ذلك في قولها: **"عندما كانوا إخوتي يذهبون إلى الدراسة كنت أبقى وحيدة مقابلة أشغال المنزل والشقاء، وكنت أحيانا أشعر بالحزن على نفسي وأقنت أحس نفسي مظلومة وأن أبي وأمي ظلموني، صحيح أنهم كانوا وحدهم ويجب أن يساعدهم أحد، لكن لماذا كنت أنا فقط، لماذا لم يدعوني أكمل دراستي أو**

---

36 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "بكري كنا نربيو الغنم والبقر والدجاج كان بابا ربي يرحمو يتاجر بيهم وعايشين منهم، كانت يما ربي يرحمها تعاونو تنظف وتحلب وتلم العضام وتسرح معاه، وكي كبرت انا وخويا ولينا نعاونوهم"

37 "كي وصل وقت ت قرايا كنت نروح انا وخويا لي كثرمني بشهورا برك نقراو بصح انا مكملتش السكولة كانت بعيدة ومنجمنش نخلي يما وحدها مع خدمة قد جبل وزيد اداك الوقت كانت زادت جابت اختي كانت مزالت نافسة مقدرتش نخلها وقلي بابا بطلي لقرايةتم كنت سنة ثالثة"

38 "هزيت الهم مع يما وبابا من بكري كنت نخدم ونحرث التهمبير كل كان على راسي من صغري، ت العايلة كانو يشتيوني خطرماكش كنت فحلة وقافزة وطايعة والديا عشت معا دارنا متفاهمين مكانش مشاكل خواتاتي الكل كانو يقراو وانا كنت فالدار نعاون"

39 "ما كانوش عندي صحابات اصلا مكانش كاين لي يسكنو ياسر غير دار عمي كانو يسكنو توالنا كنت مصوحبة بنات عمي وكنا نفتو وقت مليح فصغر جوايه حتى الكبر جوايه 19 20 سنة كنت النحي ضيقة الروح معاهم وننسى التهمبير لي ميفضش"

أجبروني على إكمالها، جميع إخوتي درسوا بشكل جيد إلاّ أنا كنت أُحسّ نفسي خادمة[40]" وهذا ما يؤكد أن صمت الحالة ما هو إلا تردد وإحجام عن الإفصاح بخواطرها المتداعية المكبوتة في ساحة اللاشعور وعزلها، ولم تصارح حتى نفسها بها، ويرجع ذلك إلى عواقب ميكانيزم التبرير الذي يستخدمه الأنا لحماية نفسه من مواجهة حقيقة الأمور وكبتها، وبمجرد انكشاف المكبوت واتضاح حقيقة انفعالات الحالة لها، ظهرت رقابة الأنا الأعلى التي تجسدت في صمت الحالة لاعتبارها أن ما ستفصح به غير مقبول ولا يجب الإدلاء به إلى أنها في نهاية المطاف صرحت بذلك كنوع من التفريغ الانفعالي بطريقة لا شعورية، كما صرحت الحالة ب: " **عندما كبرنا تزوج أخي الكبير وانتقل للعيش وحده وإخوتي البنات أيضا تزوجوا وبقيت أنا فقط وأخي الصغير الذي كان يدرس، واستمررت في مساعدة أمي والعناية بها هي وأبي بها وكنت أرفض أي أحد يخطبني لأنني كنت أتحمل مسؤولية أبي وأمي**[41]"وقولها أيضا "**كبر والداي وتوقفوا عن العمل وأصبحنا في نعيش في فقر، وأنجب إخوتي الأولاد وتزوج أخي الصغير أيضا، وكانوا إخوتي هم من يرسلون لنا المصاريف**[42]" وكذلك قولها: "**بقيت مع والداي كما كان الحال لقد حملتهم على أكتافي لآخر دقيقة حتى عندما كبروا وطعنوا في السن، وكان إخوتي يزوروننا من حين إلى آخر لكني وحدي من اعتنى بهم، وفي عام 2014 توفيت أمي وبعدها بعام توفي أبي أيضا**[43]"، "**لم أستطع أن أصدق فجرح فراق أمي لم يشفى بعد ولحقها أبي، فرغ عليّ البيت دفعة واحدة ، حينها أحسست أني وحيدة تماما، وبعد موت أبي بأشهر قدم أخي الكبير ليسكن معي في بيت أبي وإخوتي أصبحوا دائما يزوروننا**[44]" يشير كلام الحالة إلى صدمتها بوفاة والديها ومواجهتها لواقع الوحدة، فلقد عاشت ألم الحداد على أمها لتصدم بموت والدها بعد ذلك لتجد نفسها تكبت ألمها ومعاناتها النفسية تفكر في سند ودعم كنوع من التعويض النفسي لتجنب الشعور بالنقص وذلك في قولها: "**بقي جرح الفقدان في قلبي لكن أصبحت أفكر في الزواج وقلت أتزوج حتى من شيخ أكمل معه حياتي أما عن المعاناة فلقد اعتدت عليها، وقلت المهم ألا أبقى عالة**[45]". فالحالة أصبحت تبحث عن التعويض حتى إن كان على حساب رغبتها، فرغم انتقال أخيها للعيش معها إلى أن ذلك جعلها تشعر أنها عالة وأرادت أن تستقر عاطفيا وكلامها ما هو إلا إيحاء إلى رغبتها في الاستقرار العاطفي والشعور بالحب الذي طالما كان مكبوت منذ وعيها لأهمية الزواج وتكوين أسرة مستقلة، ورؤيتها لإخوتها يستقلون الواحد تلو الآخر وكذلك بنات عمها وأقربائها، أما هي فبقائها مع والديها وشعورها بالمسؤولية اتجاههم جعلها تستخدم ميكانيزم التكوين العكسي، بحيث أ نها تحب والديها لكن تكرههم لأنهم السبب في عدم إكمال دراستها وعدم زواجها، وهذا تدخلت فيه رقابة الأنا الأعلى ورفضت الحالة التصريح به، لكنه ظهر بعد موت والديها فرغم حزنها عليهم إلا أنها فكرت بالزواج مباشرة.

---

40 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "كنت كي يكونو خاوتي يقراو ونبقا وحدي مقابلة شغل الدار والتهمبير ساعات تغيضني عمري نتقنت نحس روحي محقورة وظلموني يما وبابا صح كانو وحدهم ولازم واحد يعاونهم بصح علاه انا برك علاه ملزوش عليا نقرا حتى انا خاوتي كل قراو لباس بيهم غير انا كنت نحس روحي خديمة"

41 "كي كبرنا خويا لكبجر الزوز وراح سكن وحدو بعيد علينا وخواتاتي تانا زوزو لبنات بقيت غير انا وخويا صغير هو كان يقرا وانا بقيت فالدار نعاون"

42 "كي كبرنا وكبر بابا ويما وجابو خاوتي ولاد كنت انا اي واحد يخطبني منقبلش خطرماكش كنت انا لي متحملة كلش وزيد كبرو الوالدين وواحد مبقالهم ووانا فالفقر خطرماكش حبست الخدمة كانو خاوتي لي يحنو علينا حتى من خويا صغير زاد زوز حتى هو وراح سكن وحدو"

43 "بقيت مع والديا كيما كان الحال هزيتهم على كتافي لاخر دقيقة حتى كي كبرو وقصرو وخاوتي كانو يجيو مين داك يطلو بصح قاسيتهم وحدي وف 2014 ماتت يما ومن وراها بعام زاد مات بابا"

44 "مقدرتش نصدق الجرح ت يما مازال مبراش زاد لحقها بابا الدار فرغت عليا ضربة وحدة تم زدت حسيت روحي وحدانية معندي لا تالي لا والي، من ورا موت بابا بشهورا جا خويا لكبير سكن معايا في دار بابا وخاوتي ولاو طول يجيو"

45 "من وراها الجرح بقا في قلبي بصح وليت نخمم نزوز قلت نديه حتى شيوبة نكمل معاه حياتي ولا جات على نقاسيه مالفة بالهم قلت المهم منبقاش عالة نتستر مع راجل خير"

أما عن إصابتها بسرطان الثدي فلقد صرحت الحالة nina في أقوالها ما يلي: "**سنة 2020 أواخر ماي ربما أحسست بحكة واحمرار في ثديي وظننت أنها حساسية قلت إنها سوف تزول لكن مرّ أسبوع ولم تختفي، فأخبرت أختي وذهبنا إلى طبيبة الأمراض الجلدية، وعندما فحصتني قامت بتوجيهي مباشرة للقيام بالتحاليل والفحوصات وأخبرتني أنها شكت في أنه سرطان الثدي، ضحكت وقلت لها مستحيل فلم أصب بأي مرض في حياتي، وعندما ذهبت في اليوم الموالي ظهر أن لدي المرض الخبيث فعلا كما قالت الطبيبة**[46]"، "**كانت معي أختي لم أستطع التصديق لكن سيطرت على نفسي وقلت إنها مقدرة من عند الله، وأصابني الله ليس لديّ ما أفعله، لكن حياتي انتهت ولم أعش حتى يوم جميل فيها مثلما كنت أحب، وأحيانا أقنط من رحمة الله وأقول لماذا أنا بالذات، لقد عشت طول حياتي في المعاناة وانتهت بمرضي الذي لم أكن أتوقعه أبدا بعدما أردت الزواج، الآن انتهى كل شيء لن يقبل بي أحد ومن الممكن أن أموت في أي وقت**[47]" فكلام الحالة يشير إلى صدمتها بمرضها الذي لم تكن تتوقعه فحصل لها إحباط شديد عبرت عنه بابتسامتها وإنكارها لذلك، فلقد صرحت الحالة عن حسرتها بشكل واضح على ما آل إليه وضعها، وفقدان الاتزان الانفعالي الذي ظهر في تضارب المشاعر بين التصديق والتمسك بالجانب الديني وبين اللوم والحسرة والضيق ومحاولتها عيش رغباتها المكبوتة التي حال عليها مرضها دون تحقيقها. وفي قولها: "**من يومها أصبحت أرى نفسي عالة، لم أعش مثل قريناتي، ولم أتزوج وأصبح أم وفوقها مرضت، حتى إخوتي أصبحوا يشفقون علي حتى وإن كانوا يخفون ذلك**[48]"

ظهر تناذر التكرار لدى الحالة nina في إعادة معايشة الحدث في شكل أحلام وذلك في قولها: "**نعم في الأشهر الأولى كنت أحلم دائما بالمرض الخبيث وأنه انتقل لأماكن أخرى ومت، أو بتروا لي ثديي، كنت أستيقظ من ذلك مرعوبة**[49]"، كما أن الخوف من فقدان الموضوع تداعى في أحلامها ما يبين رمزية الثدي بالنسبة للمرأة سواء كانت متزوجة أم لا، فالثدي يمثل رمز الأنوثة وشعور المرأة بكمال جسدها وإحساسها الذاتي بالكمال والمثالية، كما صرحت الحالة أنها: "**منذ مرضي تغيرت حياتي، وأصبحت أكره الفوضى عندما يجتمع إخوتي وأنتظر الوقت الذي يرجعون فيه إلى منازلهم، في الأشهر الأولى لم أكن أطيق وجود آخرين حولي لكن بعدها اعتدت، ومن أجل القدوم هنا للعلاج كنت أذهب بيوم قبل عند أختي هنا في المدينة من أجل القرب، أقوم بالعلاج وأرجع عندها أبيت يوما آخر بعدها أرجع لمنزلي، معاناة لكنّي اعتدت على ذلك**[50]" ويبين ذلك معاناة الحالة وتغير نوعية حياتها مقارنة بما كانت عليه، ومحاولتها إنكار ذلك بتقبلها المتصنع أنها اعتادت على المعاناة، وما يدل أيضا على تناذر التجنب بعدم رغبتها في وجود الآخرين حولها خاصة في الأشهر الأولى من مرضها، وهذا ما قد يؤكد على أن الحالة عانت من صدمة نفسية جراء سماعها بالمرض.

أما عن الأعراض التي تشير أن الحالة nina دخلت في مرحلة اكتئاب منذ مرضها وكيف تغيرت حالتها النفسية منذ ذلك فتتبين من خلال أقوالها التي تمثلت "**في الأشهر الأولى كنت دائما حزينة وأفكر في حالتي، أصبحت لا آكل أبدا ونومي أصبح مضطرب**

---

46 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "ف 2020 جوايه اللخر ت ماي هكاك حسيت حكة في صدري وحمار حسبتها حساسية قلت درك تروح بصح فاتت سمانة مراحتش قلت لاختي رحت انا وياها لطبيبة ت جلد بعتتني ديراكت ندير لاناليز قتلي شكت فيه كونسار في صدري وليت نضحك قتلها مستحيل المهم كي رحت اليوم وغدوة ودرتهم ظهر صح المرض الخبيث"

47 "كانت معايا اختي مقدرتش نصدق بصح تحكمت في روحي قلت حاجة ربي ربي صابني بيه وش راح ندير كملت حياتي على صحيحة معشتش حتى نهار فيها مليح كيما شتيت وساعات نقنط من رحمة ربي نقول علاه انا بعد عشت غير فالميزيرية وزيد المرض بعدما شتيت نزوز درك صاي معندو شكون رح يديني وزيد قادرة نموت في اي وقت"

48 "منهار اداك وليت نشوف في روحي صح زيادة وعالة ما عشت زي تراباتي مزوزت ودرت وليدات وزيد مرضت حتى من خاوتي ولاو يشفقو عليا وليت نسوحا بيهم شافقين عليا حتى وميبينوليش"

49 "ايه الشهورا لوالا كنت طول نحلم بالمرض الخبيث بلي تنطرلي لبلايص خلاف ومت ولا قصولي صدري كنت نوض مخلوعة"

50 "ملي مرضت حياتي تبدلت وليت نكره الحس والفوضى ت خواتاتي كي يتلمو عندي نسنى غير وكتاه يروحو ووليت منحبش الزايد خلاه فشهورا لوالا مباعد والفت بسيف وباه نجي نداوي هنا نجي بنهار قبل نبات عند ختي فالمدينة باه تجيني قريبة نداوي ونزيد نبات عندها ولغدوة نروح تشتشيف بصح والفت"

أفكر إلّا في حالتي، حتى شغل البيت الذي كنت معتادة عليه لم أعد أهتم به منذ مرضي حتى من الرغبة اختفت وأصبحت لو الأمر في يدي لا أفعل شيء، حتى أولاد إخوتي أصبحت لا ألعب معهم مثلما سبق... علاقتي بزوجات إخوتي جيدة[51]" وأيضا "**كرهت نفسي وكرهت حياتي التي ضاعت بلا فائدة، أصبحت أرى نفسي بلا قيمة، والناس لا ترحم بكلامها، أصبحت لا أذهب أبدا عند الأقارب ولا أجتمع معهم**[52]" وتشير تصريحات الحالة إلى أنها بعد الصدمة التي تلقتها من خبر إصابتها بسرطان الثدي أصبحت بعد ذلك تعاني من حزن دائم وفقدان للشهية، واضطرابات في النوم أين أصبحت دائما ما تستيقظ في وسط الليل، وأيضا فقدان الاهتمام بالأنشطة اليومية والاستمتاع بما كانت تستمتع به، تبين أيضا أن الحالة حسب تصريحها أصبحت تعاني من كره الذات وانخفاض مستوى تقديرها لذاتها، وصرحت الحالة أيضا أن الأعراض مستمرة إلى يومنا هذا وذلك في قولها: "**إلى يومنا هذا وأنا حزينة على نفسي، مضى عامين أرى أنهم أمس، أخاف أن يبتروا لي ثديي ومنذ مرضي الدموع تحجرت في عيني حتى وإن أردت البكاء لا أستطيع فقط قلبي يتألم على حالتي**[53]"، وهذا ما يدل على أن الحالة تعاني من حزن وكبت الدموع والخوف من فقدان الموضوع الذي يهدد البناء النرجسي للمرأة حتى في ظل غياب الشريك، كما صرحت الحالة أنها لو تقبلت ابتلاءها بشكل طبيعي لما تغيرت حالتها وأنها أصبحت لا تستطيع أن تفرح وظهر ذلك في قولها: "**صدمت من مرضي الذي زاد على وضعي سوء، ومنذ ذلك الحين إلى يومنا هذا تغيرت حياتي حتى وإن أردت أن أفرح لا أستطيع، وإن كنت قوية وتقبلت ابتلاء الله ولم أنصدم لما حزنت هكذا، يوجد الكثيرات الذين تعايشوا معه بشكل عادي والحمد لله على كل حال**[54]"

51 الإحالة على كلام المفحوصة فشهورا لوالا كنت طول حزينة ونخمم في حالتي وليت منكلش خلاه ورقادي طول متحير نخمم غير فالمرض حتى مالخدمة ت دار كنت كي النحلة بصح ملي مرضت حتى النفحة راحتلي وليت كون نصيب مندير والو حتى من ولاد خويا موليتش نلعب معاهم، علاقتي بنسا خوتي مليحة"

52 "كرهت روحي وكرهت حياتي لي ضاعت بلا والو ولات تبانلي روحي معنديش قيمة والناس مترحمش بهدرتها وليت منروحش خلاه عند لفاميلا ولا نتلم معاهم"

53 "لدرك غايضتني عمري فاتو عامين نشوف فيها البارح خايفة يقصولي صدري وملي مرضت الدمعة تحجرت في عيني حتى ونحب نبكي ميسيحوش دموع غير قلبي لي يتفتت على حالتي"

54 "تشوكيت من مرضي لي زاد على حالتي حالتين ومن تم ليومنا هذا تبدلت حياتي حتى ونحب نفرح منقدش، وكون كنت قاوية القاوي ربي وتقبلت الابتلا ت ربي سبحانو ومتشوكيتش راني مش حزينة هك كاين ياسر لي عايشين بيه نورمال"

7. نتائج تطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq:

بيانات عامة

الاسم: nina. م　　وضعية الوالدين: عادية.　　تطبيق الاستبيان:

السن: 54 سنة.　　أحياء: الأم ☐ الأب ☐　　فردي ☒

المستوى الدراسي: سنة أولى ثانوي.　　متوفين: الأم ☒ الأب ☒　　جماعي ☐

المهنة: ماكثة في البيت.　　سنة وفاة الأم: 2014　　ضحية مباشرة للحدث ☒

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط.　　سنة وفاة الأب: 2015　　شاهد عن الحدث ☐

تاريخ الفحص: جوان 2021　　مكان الفحص: المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر –قالمة-مصلحة الأمراض السرطانية.

معلومات متعلقة بالحدث

الحدث: فردي ☒　　جماعي ☐　　طبيعته: سرطان الثدي

مكان الحدث:　　وضعيتك أثناء الحدث: منفردا ☐

تاريخ الحدث:　　مرفوقا ☒

مدة الحدث: سنتين

جروح الجسم: لا ☒ نعم ☐ وصفها:　　آثارها الحالية:

هل استفدت من تدخل علاج طبي-نفسي مباشرة بعد الحدث: لا ☒　　نعم ☐

انقطاع مؤقت عن العمل ITT : لا ☒　　نعم ☐　　عدد الأيام:

توقف عن العمل: لا ☒　　نعم ☐　　مدته:

عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP: لا ☐　　نعم ☐　　النسبة:

طبيعة الحدث

حسب الاستجابة المعطاة، ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية:

كارثة طبيعية ☐	محاولة قتل ☐	اغتصاب ☐
كارثة تكنولوجية ☐	شاهد عن قتل ☐	فقدان أحد الأعزاء ☐
حادث مرور ☐	اكتشاف جثث ☐	اختطاف ☐
حادث منزلي ☐	انفجار قنبلة ☐	شاهد على تعذيب ☐
محاولة اغتيال ☐	هجوم على منزلك ☐	وضعيات أخرى ☒

صف باختصار ملابسات الحدث: الإصابة بسرطان الثدي.

- **معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث:**

الوضعية العائلية:

متزوج [ ] مطلق [ ] أعزب [x] أرمل [ ]

عدد الأطفال: ولد وبنتين تحديد سنهم: الابن الأكبر 26 سنة، البنت الكبرى 23 سنة، البنت الصغرى 19 سنة

الوضعية المهنية:

طالب [ ] عامل [ ]

عاطل عن العمل [x] متقاعد [ ] عطلة مرضية [ ]

الحالة الصحية:

هل تعاني مشاكل صحية: لا [x] نعم [ ]

ما هي أهمها: ارتفاع في ضغط الدم

هل تتابع علاج طبي: لا [x] نعم [ ]

ما هي طبيعته:

هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا [x] نعم [ ]

هل تابعت علاج نفسي: لا [ ] نعم [ ]

ما نوعه:

التاريخ:

هل تعرضت لأحداث أخرى تركت لك أثرا: لا [ ] نعم [x]

طبيعتها: وفاة والداي

تاريخها:2014 و2015

- **معلومات عامة حول الفترة التي عقبت الحدث:**

بعد الحدث هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا [x] نعم [ ]

هل تابعت علاج نفسي: لا [x] نعم [ ] ما نوعه:

تاريخ أول جلسة علاجية:

عدد الاستشارات (إلى حد اليوم):

هل تابعت علاج طبي: لا [ ] نعم [x]

نوعه: علاج كيميائي، والعلاج الموجه وعلاج هرموني.

مدته: سنتين.

- **التعليمة:**

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة إلى سؤال لم تجيب عليه في أول وهلة، شريطة أن تجيب عليه بعد ذلك . لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية .بالنسبة لكل الاسئلة المطروحة استخدام السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة:

الجدول (33): يوضح نتائج تقييم الصدمة النفسية للحالة الثالثة.

شدة أو تواتر التظاهر			
0	1	2	3
منعدمة.	ضعيفة.	شديدة.	شديدة جدا

- **أثناء الحدث:** سوف نتطرق إلى كل ما أحسست به أثناء الحدث .

		0	1	2	3
A1	هل أحسست بالرعب؟			×	
A2	هل أحسست بالقلق؟			×	
A3	هل لديك إحساس بأنك في حال آخر؟		×		
A4	هل انتابتك تظاهرات جسمية مثل الارتجاف، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟		×		
A5	هل انتابك إحساس بأنك مشلول غير قادر على إصدار ردود أفعال متكيفة؟	×			
A6	هل اعتقدت فعلا بأنك ستموت؟			×	
A7	هل أحسست بأنك وحيد ومهجور من طرف الآخرين؟		×		
A8	هل أحسست بأنك عديم القيمة؟				×
	مج A=	12			

- **منذ الحدث:** سوف نتطرق الآن إلى كل ما تحص به حاليا.

		0	1	2	
B1	هل تطاردك ذكريات وصور الحدث طول النهار والليل؟			×	
B2	هل تعيش مجددا الحدث في الأحلام والكوابيس؟			×	
B3	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟		×		
B4	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟			×	
	مج B=	07			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	
C1	منذ الحدث هل ازدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	☐	☐	☒	☐
C2	هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	☐	☐	☒	☐
C3	هل ازداد لديك الاستيقاظ في الليل؟	☐	☐	☐	☒
C4	هل تشعر بأنك لم تنم نهائيا؟	☐	☐	☐	☒
C5	هل تشعر بالتعب عند الاستيقاظ؟	☐	☒	☐	☐
	مج C=	**11**			

		0	1	2	3
D1	هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	☐	☒	☐	☐
D2	هل لديك نوبات قلق؟	☐	☒	☐	☐
D3	هل تخشى العودة إلى أماكن لها علاقة بالحدث؟	☐	☒	☐	☐
D4	هل تحس بعدم الأمن؟	☐	☒	☐	☐
D5	هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك ذكرى الحدث؟	☐	☒	☐	☐
	مج D=	**05**			

		0	1	2	3
E1	هل تحس بأنك يقظ ومنتبه للأصوات أكثر من السابق وهل تفزعك كثيرا؟	☐	☐	☒	☐
E2	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	☐	☒	☐	☐
E3	هل أصبحت شديد الغضب أكثر من السابق؟	☐	☒	☐	☐
E4	هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية...)؟ وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة؟	☐	☒	☐	☐
E5	هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	☒	☐	☐	☐
E6	هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	☐	☒	☐	☐
	مج E=	**06**			

شدة أو تواتر التظاهر

3.....................2.....................1.....................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
F1	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعيات تذكرك به، هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس، الغثيان، الخفقان، الارتجاف، التعرق، صعوبة التنفس؟	☐	☐	☒	☐
F2	هل لاحظت تغيرات على وزنك؟	☐	☐	☒	☐
F3	هل لاحظت تقهقر على حالتك الجسمية العامة؟	☐	☐	☒	☐
F4	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها؟	☒	☐	☐	☐
F5	هل زدت من استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية...؟	☐	☐	☒	☐
	مج F=	**08**			

		0	1	2	3
G1	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق؟	☐	☒	☐	☐
G2	هل تعاني من فجوات بالذاكرة؟	☐	☒	☐	☐
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره؟	☒	☐	☐	☐
	مج G=	**02**			

شدة أو تواتر التظاهر

0......................1......................2......................3

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
H1	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟				×
H2	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث؟				×
H3	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإنهاك؟			×	
H4	هل لديك مزاج حزين و/أو هل تنتابك نوبات من البكاء؟			×	
H5	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟ وهل تراودك أفكار انتحارية؟	×			
H6	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية و/أو الجنسية؟	×			
H7	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبلك مدمر؟				×
H8	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الاتصالات؟			×	
	مج H=	**15**			

		0	1	2	3
I1	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جربت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج؟	×			
I2	هل تشعر أنك مذنبا نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث و/أو نجوت دون الأخرين؟		×		
I3	هل تشعر بأنك مذلول أمام كل ما يحدث؟			×	
I4	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك؟				×
I5	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره؟		×		
I6	هل تغيرت نظرتك للحياة ولنفسك وللآخرين؟			×	
I7	هل تفكر بأنك لست مثلما كنت سابقا؟			×	
	مج I=	**11**			

		نعم	لا
J1	هل تتابع نشاطك المهني أو الدراسي؟	☐	☒
J2	هل تشعر بأن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة؟	☐	☒
J3	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة؟	☒	☐
J4	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الآباء، الأبناء...) منذ الحدث؟	☐	☒
J5	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك؟	☒	☐
J6	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين؟	☐	☒
J7	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	☒	☐
J8	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين؟	☐	☒
J9	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق؟	☐	☒
J10	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق؟	☐	☒
J11	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك؟	☒	☐
	مج ا=	07	

1.7. تنقيط السلالم:

من الدرجات A إلى I تتحصل على النقطة في السلم بإضافة أجوبة الفرد لكل عنصر (0، 1، 2، 3) العلامات تكون ما بين 0 إلى 24 بنسبة لدرجات السلم A و H من 0إلى 12 لدرجات سلم B ،من0 إلى 15 لدرجات سلم F،D، Cن من 0إلى 18 لدرجات سلم D و من 0 إلى 9 لدرجات سلم G.

أما من أجل المقياس J، من المستحسن استعمال الجدول أسفله وتحسب نقطة 1 من أجل كل خانة رمادية مشطبة و0 من اجل الخانة البيضاء.

2.7. تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة:

الجدول (34): يوضح تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة للحالة الثالثة.

المقاييس	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	المجموع الكلي
مجموع النقاط	12	7	11	5	6	10	2	15	11	7	86
النقاط المعايرة	2	3	4	3	3	5	2	4	4	4	3

8. التقييم الاكلينيكي لنتائج استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ:

لقد أجابت الحالة nina على بنود الاستبيان TRAUMAQبصفة فردية وذلك بعد مرور خمسة أشهر على وقوع الحدث الصدمي (الإصابة بسرطان الثدي)، فالنتائج حسب التحليل النمطي للاستبيان تشير إلى صدمة نفسية متوسطة (**تناذر القلق الاكتئابي (بدون متلازمة الصدمة النفسية المعلنة)**، والذي تعبر عنه البنود حسب التظاهرات الموصوفة وهذا ما تدل عليه مجموع النقاط المتوسط المُجمع والذي يعادل 86 نقطة تعادلها نقطة معايرة 3 حيث تتوزع مجموع النقاط على 10 سلالم يضم كل سلم مجموعة أعراض مميزة للصدمة النفسية وحالة الاجهاد ما بعد الصدمة.

تحصلت الحالة nina في السلم **(A)**والذي يضم **8 بنود تخص ردود الفعل الجسدية والعقلية الفورية أثناء الحدث** على 12 نقطة خام والتي تقابلها نقطة معايرة 2 وظهرت في البنود(A6) (A2) (A1) التي تحصلت فيها على أعلى تنقيط 2 ما يدل على أن الحالة عاشت خلالها تجربة مؤلمة لم تكن تتوقعها، ومعاناة نفسية وإحباط حال دون استطاعتها الاستجابة للصدمة بطريقة سوية تكيفية، لكنها أحسّت بالفزع والقلق والخوف من الموت، وتحصلت الحالة على العلامة 00 و1 بالترتيب في البنود (A5) (A4) الخاصة بالتظاهرات الجسمية وردود الفعل التكيفية، ويعكس ذلك الإحباط الذي شكلته الصدمة وردود الفعل غير التكيفية، حيث صرحت أنها ضحكت لحظة إعلان الطبيبة لها بمرضها، أما بخصوص البند (A8) الذي يخص الإحساس بعد القيمة فلقد تحصلت فيه الحالة على أعلى نقطة 3 تعكس المعاش النفسي المؤلم للحالة وواقعها المعاش.

تحصلت الحالة في السلم **(B)** والذي يضم **4 بنود تخص أعراض تناذر التكرار** و على 07 نقاط خام تقابلها نقطة معايرة 3 تظهر أعراض تناذر التكرار الشديد، ومعاناة الحالة من أعراض إعادة معايشة الحدث في شكل أحلام وكوابيس تعكس قلق الحالة وخوفها من فقدان الموضوع والعور بالقلق لحظة التفكير في المرض، وتبين ذلك من خلال البنود التي تحصلت فيها على أعلى نقطة 2 وتمثلت في البند (B4) (B2) (B1) التي تخص ذكريات وصور الحدث، الأحلام والكوابيس، القلق عند التفكير بالحدث، أما البند (B3) الذي يخص الصعوبة في التكلم عن الحدث فكان فيه التواتر منعدم.

كما تحصلت الحالة في السلم**(C)** والذي يضم **5 بنود تخص اضطرابات النوم** على 11 نقطة تقابلها نقطة معايرة 4 تعكس معاناة الحالة الشديدة والصعوبات التي تتعرض لها خلال نومها، حيث أعلى تنقيط تحصلت عليه هو 3 في البنود (C4) (C3) التي تعكس التواتر الشديد جدا والتي تخص زيادة الاستيقاظ ليلا، والشعور بعدم النوم، حيث عبرت النتيجة عن معاناة الحالة الشديدة جدا من ناحية النوم وشخصت بالأرق، أما البنود (C2) (C1) الخاصة بصعوبات النوم والكوابيس التي لا يتعلق محتواها بالحدث فتحصلت فيها على علامة 2، أما التواتر الضعيف فيظهر في البند (C5) الذي يخص الشعور بالتعب عند الاستيقاظ من النوم ويعكس هذا اعتياد الحالة على القسوة والمعاناة والتعب والإجهاد.

وبالنسبة للسلم **(D)** الذي يضم **5 بنود تخص القلق والحالات الفوبية** قدر مجموعه لدى إجابات الحالة ب: 05 نقاط تقابلها نقطة معايرة 3 تعكس معاناة الحالة بشكل ضعيف جدا من التظاهرات الفوبية حيث تحصلت الحالة على نقطة واحدة في جميع البنود الخمسة.

ونقطت إجابات الحالة في السلم **(E)** والذي يضم **6 بنود تخص التهيج، فقدان السيطرة واليقظة المفرطة** ب: 06 نقطة تقابلها نقطة معايرة 3 تعكس الآثار المتوسطة الناتجة عن الحدث الصادم من خلال التواتر الشديد للبند (E1) الذي تحصلت فيه على نقطتين ويعبر عن اليقظة والانتباه للأصوات، حيث انعكست صدمة مرضها عن زيادة شدة انتباهها وتحسسها للأصوات، أما باقي البنود فكان التواتر فيها ضعيف، عدا البند (E5) الذي كان التواتر فيه منعدم ما يعكس هدوء الحالة واستقرارها الانفعالي.

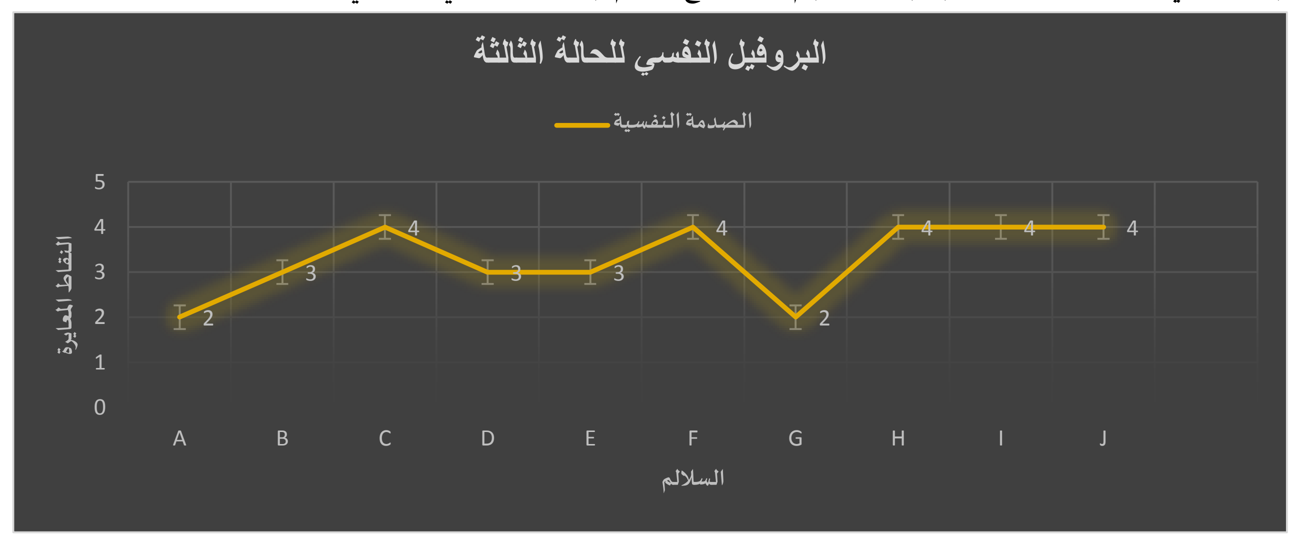
كما تحصلت الحالة في السلم **(F)** الذي يضم **5 بنود والخاص ب التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان** على 09 نقاط تقابلها نقطة معايرة 4 تعكس المعاناة النفسية والجسدية الشديدة للحالة ويظهر هذا من خلال التواترات الشديدة لجميع البنود حيث تحصلت على نقطتين في جميعها، (F1) الذي يمثل ظهور ردود فعل جسمية لدى الحالة عندما تفكر بمرضها وتتمثل في آلام في الرأس وفي البند (F2) الذي يمثل نقص وزن الحالة بشكل ملحوظ بعد الحدث الصدمي بسبب انعدام شهيتها للأكل وقلقها حول تواصل معاناتها، والبند (F3) الذي يمثل تقهقر في صحة الحالة الجسمية للحالة، وكذلك البند(F5) الخاص باستهلاك بعض المواد أين عبرت الحالة عن زيادة استهلاكها للقهوة بشكل ملحوظ، وبالنسبة للتواتر الضعيف فظهر في البند (F4) الخاص بالتعرض لمشاكل صحية من الصعب تحديد أسبابها، حيث أصبحت الحالة تعاني من آلام حادة في الرأس ولم تعلم أسبابها، ولم تظهر الفحوصات شيء يدعو للخطر، وقد يكون هذا الاستهلاك الزائد بسبب معاناتها النفسية هو السبب في آلام الرأس لديها نتيجة تأثير كميات الكافيين الكبيرة.

وفي السلم **(G)** الذي يضم **3 بنود والخاص بالاضطرابات المعرفية**، حققت 2 نقاط خام تقابلها النقطة المعايرة 2 تعكس ضعف وجود الاضطرابات المعرفية، فلقد كان تواتر البنود (G1) الخاص بصعوبة التركيز، و(G2) الذي يعبر عن المعاناة من فجوات في الذاكرة ضعيف يعكس عدم تأثر القدرات المعرفية للحالة جراء الحادث الصدمي الذي يمثل إصابتها بسرطان الثدي، في حين أن تواتر التظاهر (G3) منعدم والذي يخص صعوبة تذكر الحدث الصدمي أو بعض عناصره هذا راجع إلى المعاناة النفسية التي خلفها مرضها بسرطان الثدي الذي لم تكن تتوقعه أبدا.

تحصلت الحالة في السلم **(H)** الذي يضم **8 بنود والخاص بالاضطرابات الاكتئابية**، على 15 نقطة خام تقابلها النقطة المعايرة 4 تعكس المعاناة النفسية الشديدة جدا للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البنود (H1) (H2) (H7) التي تعكس فقدان الرغبة في الأشياء الهامة قبل الحدث، وانخفاض الطاقة والحيوية والشعور بالتعب والإنهاك والشعور بضياع المستقبل، وهذا يعكس المعاناة النفسية الشديدة جدا للحالة وشعورها بضياع مستقبلها الذي لم يبنى من الأساس حسب قولها وذلك يرجع إلى وضعيتها المعاشية والاجتماعية كونها امرأة عزباء ومتقدمة في السن رغبت بعد شعورها بالوحدة عند وفاة والديها، في تكوين أسرة وحاجتها للحب، لكن مرضها حال دون ذلك وسبب لها إحباط شديد، فلما فكرت في بناء أسرة ظهر مرضها فجأة ليهدم كل طموحاتها، وقد أظهرت الحالة تواتر شديد في البنود (H3) (H4) (H8) التي تمثل الشعور بالملل والتعب والانهاك، المزاج الحزين وتحجر الدموع في عينيها نتيجة إحباطها الحاد، والميل إلى العزلة وتجنب الاتصالات بسبب قسوة كلام الناس معها وكلماتهم الجارحة لها، في حين أظهرت الحالة تواتر منعدم للبند (H5) (H6) الخاص بالأفكار الانتحارية والصعوبات في العلاقات العاطفية الزوجية وهذا كون الحالة عازبة ولم تمر بأي تجربة عاطفية من قبل.

وفي السلم **(I)** الخاص ب**المعاش الصدمي من خلال التجارب المؤلمة والشعور بالذنب وفقدان تقدير الذات ومشاعر الغضب والعنف** ويضم هذا التظاهر **7 بنود**، أحرزت الحالة 11 نقطة خام تقابلها النقطة المعايرة 4 تعكس المعاناة النفسية الشديدة للحالة والمتمثلة في التواتر الشديد جدا في البند (I4) الذي يعكس الشعور بالانحطاط حيث أن الحالة أصبحت ترى نفسها بأنها دون قيمة وفقدت تقديرها لذاتها والذي تحصلت فيه على أعلى تواتر 3 شديد جدا، ظهر أيضا تواتر شديد 2 في البند (I3) بشعورها بالذل، وفي البند (I6) بتغير نظرتها للحياة ولنفسها وللآخرين حيث أصبحت ترى نفسها عالة وأن حياتها فارغة وأصبحت بدون معنى ويعكس هذا شدة الألم النفسي والمعاناة التي تعيشها الحالة، وفي البند (I7) الذي يخص تفكيرها بأنها ليست مثلما كانت سابقا حيث ظهر ذلك في كونها كانت نشيطة ومتفائلة وتتمتع بذكاء اجتماعي لكن بعد ذلك أصبحت عكس ذلك. أما البنود (I5) (I2) فكان التواتر فيها ضعيف والتي تعكس الشعور بالذنب اتجاه المرض والشعور بالغضب العنيف والكره، حيث أن الحالة لا تشعر بأي ذنب بسبب مرضها كونها لم تتوقعه أبدا وكذلك محافظة الحالة على هدوءها المعتاد يعكس مواصلة كبتها، أما البند (I1) فلقد كان التواتر فيه منعدم.

وبالنسبة للسلم **(J)** الخاص **بنوعية الحياة** والذي يحتوي على **11 بندا** حيث نالت الحالة 07 نقاط خام تقابلها النقطة المعايرة 4 تعكس التغير في نمط حياتها من خلال فقدان لذة الحياة البند (J10) وعدم ممارسة نشاطاتها الترفيهية كما في السابق البند (J9) وشعورها بعد فهم الآخرين لها البند (J5) ورغبتها في تجنبهم البند (J8) "عدم بحثها عن رفقة وحضور الآخرين"، كل هذا يعكس تغير طفيف في حياة الحالة فهي رغم ذلك عبرت عن استمرارها في لقاء أصدقائها وعدم قطع علاقتها بالأقارب، وكذلك عدم شعورها بهجر الآخرين ومساندة أفراد أسرتها لها وتقديمهم شتى أنواع الدعم لها سواء النفسي أو المادي.



شكل (29): يبين البروفيل النفسي للحالة الثالثة حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq

من خلال الشكل أعلاه والذي يمثل البروفيل النفسي للحالة الثالثة حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq، نلاحظ أن الحالة تعاني من **تناذر القلق الاكتئابي (بدون متلازمة الصدمة النفسية المعلنة)** حسب البروفيل «B» حيث بلغ فيه مجموع نقاط معايرة متوسطة 3.

- نقاط معايرة منخفضة على السلم A الخاص بردود الفعل الجسمية والنفسية وG الخاص بالاضطرابات المعرفية، التأثير الصادم للحدث ليس مرتفعا.

- نقاط معايرة متوسطة 3 على السلم B الخاص بأعراض تناذر التكرار، وD الخاص بالقلق والحالات الفوبية، وE الخاص بالتهيج، فقدان السيطرة واليقظة المفرطة.
- نقاط معايرة عالية في السلم C الذي يخص اضطرابات النوم، وH الذي يخص اضطراب الاكتئاب، وI الذي يخص لتجارب المؤلمة والشعور بالذنب وفقدان تقدير الذات ومشاعر الغضب والعنف، وJ الذي يخص بنوعية الحياة.

9. **نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب: الجدول (35):** يوضح نتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب على الحالة الثالثة.

الأعراض	العبارة	التنقيط
1) الحزن	أشعر بالحزن معظم الوقت.	1
2) التشاؤم	أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوء.	3
3) الفشل السابق	أشعر بأني شخص فاشل تماما.	3
4) فقدان الاستمتاع	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.	1
5) مشاعر الذنب	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	1
6) مشاعر العقاب	أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى.	1
7) عدم حب الذات	لا أحب نفسي.	3
8) نقد الذات	أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت.	1
9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية	ليس لدي أفكار للانتحار.	0
10) البكاء	أشعر بالرغبة في البكاء.	1
11) التهيج والاستثارة	أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية.	0
12) فقد الاهتمام	فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.	2
13) التردد في اتخاذ القرارات	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت عليه.	2
14) انعدام القيمة	أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.	2
15) فقدان الطاقة على العمل	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.	2
16) تغيرات في نمط النوم	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	3
17) القابلية للغضب والانزعاج	أغضب بدرجة عادية.	0
18) تغيرات في الشهية	ليست لدي شهية على الإطلاق.	3
19) صعوبة التركيز	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت.	1
20) الإرهاق أو الإجهاد	أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.	3
21) فقدان الاهتمام بالجنس	إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام.	0
	المجموع	31

1.9. تحليل نتائج قائمة بيك الثالثة للاكتئاب:

تحصلت الحالة على 31 درجة من أصل 63 درجة خام ممكنة وهو ما يدل على مستوى اكتئاب متوسط.

2.9. الاستنتاج التشخيصي للحالة الثالثة حسب شبكة الملاحظة والمقابلات، استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

جدول (36): يوضح نتائج مؤشرات وجود الصدمة النفسية والاكتئاب وفق أدوات الدراسة للحالة الثالثة.

الأداة	المؤشرات
شبكة الملاحظة والمقابلات نصف الموجهة	- جمود في تعابير الوجه ونبرة صوت هادئة. - أعراض الاكتئاب والصدمة النفسية للإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة، - أعراض الاكتئاب الناتج عن صدمة الإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة.
استبيان تقييم الصدمة Traumaq	- صدمة متوسطة حسب نتائج الاستبيان قدرات ب 86 درجة. - تناذر القلق الاكتئابي (بدون متلازمة الصدمة النفسية المعلنة) حسب البروفيل النفسي للحالة. - بلوغ اضطرابات النوم، التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان (القهوة)، الاضطرابات الاكتئابية، التجارب المؤلمة وفقدان تقدير الذات، وتغير نوعية الحياة.
قائمة بيك الثانية للاكتئاب.	- اكتئاب متوسط قُدّر ب 31 درجة. - وجود أعراض بارزة تتمثل في التشاؤم، الفشل السابق، عدم حب الذات، أرق، فقدان الشهية، الإرهاق أو الإجهاد.

3. التحليل العام للحالة الثالثة:

استنادا على ما تم ملاحظته من خلال شبكة الملاحظة، وما جاء من أجوبة الحالة على أسئلة المقابلة نصف الموجهة، تبيّن أن الحالة عبّرت بشكل صريح عن صدمتها عندما تلقت خبر إصابتها بسرطان الثدي، حيث انعكس ذلك بالسلب على حالتها النفسية وكانت أعراض الصدمة بارزة بشكل متوسط في أقوال الحالة ملخصة في تناذر التكرار واضطرابات النوم والاكتئاب، وذلك لمرورها بالكثير من التجارب القاسية وعيشها في ظروف قاسية منذ صغرها ما شكل لديها نوع من المناعة النفسية حتى ولو كانت ضعيفة، لكن رغم ذلك فحسب أقوال الحالة nina فإنها تعرضت لصدمة نفسية مرفوقة ببعض التظاهرات المتمثلة خاصة في الاكتئاب وفقدان تقدير الذات وعبرت عن خوفها من فقدان الموضوع (الثدي)، بالإضافة إلى التشاؤم، فقدان الشهية، والإرهاق.

وجاءت هذه النتائج مطابقة لنتائج استبيان تقييم الصدمة Traumaq أين تحصلت الحالة على 86 درجة تشير إلى صدمة متوسطة مع تناذر **تناذر القلق الاكتئابي (بدون متلازمة الصدمة النفسية المعلنة)** حسب البروفيل النفسي للحالة nina الذي

يوضح بروز اضطرابات النوم، التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان (القهوة)، الاضطرابات الاكتئابية، التجارب المؤلمة وفقدان تقدير الذات، وتغير نوعية الحياة، وهذا يتطابق تماما مع أقوال الحالة وأجوبتها أثناء المقابلات.

كما جاءت مماثلة لنتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب والتي تحصلت فيها الحالة على 31 درجة تشير إلى اكتئاب متوسط يؤكد الأعراض التي تعاني منها الحالة وذكرتها في المقابلات حيث ظهرت أعلى النقاط (3) في العبارات الخاصة بمحور التشاؤم، الفشل السابق، عدم حب الذات، أرق، فقدان الشهية، الإرهاق أو الإجهاد.

كل ما تم الوصول إليه من خلال المقابلات وشبكة الملاحظة واستبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq، وكذلك قائمة بيك الثانية للاكتئاب تشير إلى أن الحالة nina تعاني من صدمة نفسية متوسطة أسفرت عن ظهور الاكتئاب، والمعاش النفسي المؤلم من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq.

IV. تقديم وتحليل الحالة الرابعة (jiji):

1. البيانات الأولية:

الاسم واللقب: jiji. ع.

السن: 58 سنة.

مكان الميلاد: مجاز عمار.

ترتيب الميلاد: الأخت الكبرى بين 3 أخوات.

الحالة الاجتماعية: أرملة. (أم لأربعة أطفال)

الوضع الاقتصادي: متدني.

المستوى التعليمي: ثالثة ثانوي.

المهنة: ماكثة بالبيت.

الحالة الصحية: مصابة بسرطان الثدي منذ سبعة (7) سنوات من بدأ أول مقابلة وتعاني من حساسية وارتفاع ضغط الدم.

السوابق المرضية الشخصية: معاناة من الحساسية والإصابة بارتفاع ضغط الدم.

التاريخ الاستشفائي: الدخول في وضع استشفائي لمدة شهر لخضوعها لعملية جراحية جراء الإصابة بكيس مائي الكبد سنة 1972 وسنة 1980 دخلت في وضع استشفائي لنفس السبب

التاريخ النفسي: لم يسبق لها التعرض لأي اضطراب نفسي قبل الإصابة بسرطان الثدي.

السوابق الأسرية المرضية: وفاة والد الحالة بمرض سرطان الرئة.

العلاقات الأسرية والزوجية: كانت مستقرة إلى غاية وفاة الزوج سنة 2002

العلاقات الاجتماعية: مستقرة.

2. الظروف المعيشية:

الحالة من مواليد 27 جانفي 1964 ببلدية مجاز عمار ولاية قالمة طبيعية وتعتبر الابنة الكبرى لعائلة تتكون من ثلاثة أخوات بنات، وعاشت الحالة طفولة مبكرة طبيعية قبل التمدرس، بدأت الحالة jiji التمدرس سنة 1972 تزامنا مع إجرائها عملية على كيس مائي في الكبد مما أدى إلى مكوثها في المستشفى وإعادتها للسنة، وقد فشلت في تكوين صداقات مع جماعات الأقران في السنة الأولى وكانت عرضة للتنمر جراء إجرائها لعملية جراحية، في نفس العام توفيت والدة الحالة أثناء ولادتها لأختها الصغرى ما جعلها تتحمل المسؤولية منذ الصغر.

علاقة الحالة jiji مع أفراد الأسرة كانت جيدة وسوية ما عدا بعض المشاكل مع زوجة الأب، ومع وصول الحالة إلى فترة المراهقة دخلت في وضع استشفائي لخضوعها لعملية استئصال ثانية لكيس مائي أخر في الكبد، وفشلت في النجاح في البكالوريا لعدة مرات ما أدى بها إلى ترك الدراسة سنة. أما في مرحلة الرشد فقد تزوجت الحالة سنة 1990 وأنجبت 3 أولاد ذكور، توفي زوج الحالة سنة 2002 إثر حادث مرور ما أدى إلى وفاته ثم وفاة والدها بمرض سرطان الثدي سنة 2006 ما أدى بها إلى العمل في البيوت لتعيل عائلتها.

وفيما يخص السوابق المرضية فباستثناء خضوع الحالة إلى عمليتين لاستئصال كيس مائي في الكبد فهي تعاني من ارتفاع ضغط الدم والحساسية، أما فيما يخص السوابق المرضية الأسرية فقد توفي والد الحالة متأثرا بسرطان الثدي.

3. جدول سير المقابلات:

جدول (37): يوضح سير المقابلات مع الحالة الرابعة.

المقابلة	التاريخ	المدة	الهدف	المكان
الأولى	2022/02/15	45 دقيقة	الحصول على موافقة الحالة ومحاولة كسب ثقتها والاتفاق بعد ذلك على جدول سير المقابلات (كل 21 يوم من الوعد الأول)، وجمع بعض البيانات الأولية.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثانية	2022/03/08	45 دقيقة	جمع معلومات عن تاريخ الحالة سواء الشخصي خلال مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد، والأسري والتعليمي والمهني، والزواجي.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الثالثة	2022/03/29	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بمدى تعرض الحالة للصدمات النفسية سواء السابقة أو الحالية وما يرافقها من تغيرات نفسية، بالإضافة إلى الكشف عن مآل تلك الصدمة نتيجة الإصابة بسرطان الثدي، وتطبيق استبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq.	مكتب الأخصائية النفسانية.
الرابعة	2022/04/19	45 دقيقة	طرح أسئلة تتعلق بالحالة النفسية للحالة بعد صدمة الإعلان عن السرطان وعن مدى وجود أعراض اكتئابيه وتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة.	مكتب الأخصائية النفسانية.

4. ملخص المقابلات:

سارت المقابلة في ظروف جيدة حيث أبدت الحالة استعدادها لإجراء المقابلة، كانت المقابلة الأولى تمهيدية ذات هدف توجيهي وهذا لتهيئة الحالة للمقابلات القادمة ولهذا فقد كان محتوى الحديث يدور حول جمع المعلومات الأولية والاتفاق على مواعيد المقابلات القادمة. وقد كانت الحالة تتحدث بطريقة سلسة من خلال خطابها تتحدث عن الأخرين (أولادها) ولم تتحدث عن نفسها.

فقد تبين من خلال التاريخ الشخصي أن الحالة عاشت طفولة مؤلمة حيث عانت من الحرمان الوالدي ومشاكل مع الأم البديلة (زوجة الأب) إضافة إلى تاريخ مرضي خضعت خلاله لعمليتين جراحيتين لاستئصال الكيس المائي في الكبد ومعاناتها من مرضين مزمنين هما: الحساسية وارتفاع ضغط الدم.

أما في المقابلات القادمة فقد تبين من خلال مقابلة الصدمة النفسية أن الحالة تعرضت لصدمتين خلال مرحلة الطفولة الأولى تتمثل في إجرائها للعملية الجراحية والثانية في وفاة والدتها وما نجم عنه من حرمان أمومي، فالحالة حاليا تعيد معايشة

الصدمتين في غيابهما. أصيبت الحالة بمرض السرطان سنة 2015 وهي تقوم بالعلاج منذ 7 سنوات، وهو ما أدى إلى حدوث تغيير جذري في حياتها فصدمة الإعلان عن السرطان جعلت الحالة تعيش مشاعر الرعب وتحاول تجنب تذكر الحدث الصدمي دون جدوى. وقد فهمنا من الحالة أنه بعد اصابتها بمرض السرطان تغيرت نظرتها لذاتها وللعالم وهو ما أثر على علاقتها الاجتماعية التي أصبحت تميل خلالها إلى العزلة كما أنها تعاني من الشعور بالذنب كونها ترى أنها لم تهتم بأولادها بالشكل الكافي قبل إصابتها بسرطان الثدي.

5. **شبكة الملاحظة:** بالإضافة إلى ما ورد في النموذج الموجود بالمؤسسة الاستشفائية (أنظر الملحق 4) أضيف ما يلي:

جدول (38): يوضح شبكة الملاحظة للحالة الرابعة.

المحاور	الجانب المراد ملاحظته	الملاحظة
المظهر العام	-الهيئة -السلوك العام - التعاون والتفاعل -وضعية الجلوس -الطول -الوزن	- اهمال في الهندام. -طبيعي. -ابداء استعداد للتعاون. - عادية. -متوسط. -متوسط.
الجانب اللغوي والكلام	-الكلام -النطق -نبرة الصوت -لغة الجسد -الإيماءات	- مترابط وقليل جدا جدا. - واضح. -حزينة. -معبرة تستخدمها للتواصل. - معبرة.
-الجانب الانفعالي	- الحزن - سرعة الغضب -الخوف - القلق - الابتسام	-شديد. - لا يوجد. -شديد. -مرتفع. -قليل.
التوظيف المعرفي	-الانتباه -التفكير -عملية الذاكرة -قدرة اتخاذ القرارات	- مرتفع. - مستوى عالي في التفكير. - تذكر دائم للإصابة بالسرطان. انخفاض القدرة عل ى اتخاذ القرار.

6. تحليل المقابلات مع الحالة (Jiji):

من خلال المقابلات تبين لنا أن الحالة عاشت حياة نفسية مليئة الإحباطات منذ وفاة والدتها حيث تبرز لديها مظاهر الحرمان العاطفي، فالحالة عانت من فقدان الحب والرفض وفقدان الرعاية الوالدية من الأم البديلة التي لم تنجح في تعويضها عن الأم البيولوجية ما أدى بالحالة إلى أن تعيش حياة نفسية مؤلمة في مرحلة الطفولة وهذا الحرمان يرجع إلى أهمية الأم باعتبارها أول موضوع يميزه الطف

تتجلى مظاهر الحرمان لدى الحالة في مرحلة الطفولة في علاقتها السطحية مع الأخرين ويظهر هذا في قولها: "**بعد إعادتي السنة كونت علاقات جيدة مع الفتيات لكنها لم تكن عميقة**[55]" وكذلك في الشعور بالدونية ويظهر هذا في قولها: "**كنت أشعر بالنقص عندما كان لا يسمح لي والدي بالجري واللعب**[56]" وقد استمرت مشاعر النقص والدونية لدى الحالة جراء خضوعها للعملية الجراحية ويظهر هذا في قولها: **"لا أحب أن أتحدث عن العملية الجراحية التي خضعت لها**[57]" وكذلك لاحظنا من خلال التاريخ الشخصي استمرار أعراض الحرمان لدى الحالة في مرحلة المراهقة ونستدل على هذا في ميلها للعزلة وفقدانها للثقة.

فالحالة أعادت معايشة الحدث الصدمي (فقدان والدتها) في مرحلة الطفولة والرشد وهذا يرجع لفخمها معنى الموت والفقدان فصدمة الطفولة من أشد أنواع الصدمات لأن الطفل لا يدرك معناها، أما فيما يخص الإعلان عن سرطان الثدي فقد شكل صدمة نفسية للحالة تبعتها ردود فعل تكيفية ويظهر هذا في قولها: "**بكيت بشدة وتجمدت في مكاني**[58]"ما يعني أن الإعلان عن الحدث الصدمي نتج عنه جرح نرجسي مس التوظيف النفسي للحالة ويظهر هذا من خلال استخدامها لمكانيزم الإنكار ويظهر هذا في قولها: **"اعتقدت أن الطبيب على خطأ وحاولت إقناع نفسي أني في حال جيدة**[59]**"**

وقد سجلنا من خلال المقابلة بعض المتلازمات الصدمية كتناذر التكرار وذلك من خلال إعادة معايشة الحدث الصدمي في غيابه ويظهر هذا في إعادة معايشة الحدث الصدمي عند تذكر الإصابة بالسرطان في قولها: "**كل ما أتذكره أشفق على نفسي وأشعر بالضعف**[60]**"**، وقد امتد تناذر التكرار حتى إلى اللاشعور من خلال معايشة الحدث الصدمي في الكوابيس والأحلام من خلال قولها: "**أحلم دائما بالمرض، أحيانا أحلم أنني مت أستيقظ مرعوبة خاصة في الأشهر الأولى**[61]**"**.

وقد لاحظنا خلال المقابلة أعراض متلازمة التجنب لدى الحالة من خلال محاولة تفادي المواقف والأماكن التي تذكرها بالحدث الصدمي ويظهر هذا من خلال بذلها جهد كبير لتجنب الحدث الصدمي من خلال قولها: "**أحاول تفادي التفكير في مرضي لكن لا أستطيع يدور في رأسي إلاّ إصابتي بالسرطان** [62]" إضافة لقيامها بأنشطة تجنبيه للحدث الصدمي **"أحاول دائما الترفيه على نفسي لكي أنسى لكن لا أستطيع**[63]**"**.

55 **الإحالة إلى كلام الحالة كما جاء في المقابلة:** "وكي عاودت درت علاقات مليحة مع البنات بصح كانت الفوق الفوق".

56 "بابا يقولي متجريش ومتلعبيش نحس بلي ناقصة مقارنة مع زملائي".

57 "منحبش نهدر على العملية لي درت".

58 "درت حالة بالبكاء وتجمدت في بلاصتي".

59 "بانتلي غالط الطبيب وليت نقنع في روحي بلي أني لاباس عليا".

60 "كل ما تنفكر تغيضني روحي ونحس بالضعف تعز عليا روحي نحس بلي الناس يشفقوا عليا".

61 "طول نوم بالمرض ساعات نوم روحي مت نوض مهزوطة سيرتو الشهورا لوالا".

62 "نجرب ننسى بلي أني مرضة بصح منقدرش يدور في راسي غير بلي أني عندي كونسار".

63 "طول نجرب نحب نحي لغمة ونديفولي باه ننسى بصح منقدرش".

منذ صدمة مرضها أصبحت الحالة Jiji تعيش معاناة نفسية تتمثل في دخولها حالة اكتئاب حيث بعد تقبلها للإصابة بسرطان الثدي عاشت معاش نفسي محبط يظهر من خلال الأعراض الاكتئابية لدى الحالة، فقد ظهرت أعراض انفعالية تتمثل في الشعور بالحزن والتشاؤم ويظهر هذا في قولها: **"أصبحت جد متشائمة[64]"** إضافة الى شعورها بالذنب بطريقة مبالغة فيها ويظهر هذا قولها: **"شعرت بذنب شديد وأصبحت أقول يا ليتني اهتممت بأولادي أكثر وبقيت مع والدي أكثر[65]"** هذا التأثير الانفعالي بدى واضحا في فقدان اهتمام الحالة بالأنشطة اليومية. أما عن وضع الحالة بعد مرور سبع سنوات على مرضها فلقد صرحت في قولها: **"إلى اليوم مازالت أعاني نفسيا من المرض ولم أتكيف معه رغم مرور مدة زمنية، فحتى ومرت 7 سنوات الحمد لله أني بقيت حية لكن فقدت طعم الحياة[66]"**. وهذا ما يبين أن تأثير المرض يبقى على المدى البعيد وتبقى المعاناة النفسية مستمرة على طول حياة المريضة.

الحالة الإكتئابية للحالة Jiji يمكن ملاحظتها من خلال الأعراض المعرفية من خلال الحالة المستمر في الموت وصعوبة اتخاذ القرارات. ويظهر هذا في قولها: **"دائما ما أفكر في الموت وكل يوم أقول هذا يومي[67]"** وفي قولها كذلك: **"أصبحت لديّ مشاكل في اتخاذ القرارات حتى القرارات غير المهمة[68]"** وترجع هذه الأفكار إلى تصورات الحالة عن السرطان. وهو ما أثر على الأداء السلوكي وظهرت العديد من أعراض الاكتئاب الفيسيولوجية لدى الحالة التي لاحظنها أثناء المقابلة كالصداع وألام الرقبة.

---

64 الإحالة على كلام المفحوصة كما جاء في المقابلة: "وليت متشائمة خلاه".

65 " ندمت بزاف وليت نقول كون غير اهتميت بولادي أكثر وقعدت مع بابا كثر ".

66 "لليوم مازلت قلبي واجعني مالمرض ومتقبلتوش نهائيا حتى وفات وقت طويل 7 سنين فات بالفم وملا الحمد لله بقيت حية بصح راحلي ل gout.

67 "طول نخمم فالموت وكل يوم نقول هذا نهاري".

68 "ولى عندي مشكل حتى أتفه القرارات منقدرش نديسيديها لدرك".

7. نتائج تطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq:

بيانات عامة

الاسم: jiji. م — وضعية الوالدين: عادية. — تطبيق الاستبيان:

السن: 54 سنة. — أحياء: الأم ☐ الأب ☐ — فردي ☒

المستوى الدراسي: سنة أولى ثانوي. — متوفين: الأم ☒ الأب ☒ — جماعي ☐

المهنة: ماكثة في البيت. — سنة وفاة الأم: 1972 — ضحية مباشرة للحدث ☒

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: متوسط. — سنة وفاة الأب: 2006 — شاهد عن الحدث ☐

تاريخ الفحص: سبتمبر 2015 — مكان الفحص: المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر –قالمة-مصلحة الأمراض السرطانية.

معلومات متعلقة بالحدث

الحدث: فردي ☒ جماعي ☐ — طبيعته: سرطان الثدي

مكان الحدث: — وضعيتك أثناء الحدث: منفردا ☒ مرفوقا ☐

تاريخ الحدث:

مدة الحدث: 7 سنوات

جروح الجسم: لا ☒ نعم ☐ وصفها: — آثارها الحالية:

هل استفدت من تدخل علاج طبي-نفسي مباشرة بعد الحدث: لا ☒ نعم ☐

انقطاع مؤقت عن العمل ITT : لا ☒ نعم ☐ عدد الأيام:

توقف عن العمل: لا ☒ نعم ☐ مدته:

عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP: لا ☐ نعم ☐ النسبة:

طبيعة الحدث

حسب الاستجابة المعطاة، ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية:

كارثة طبيعية ☐	محاولة قتل ☐	اغتصاب ☐
كارثة تكنولوجية ☐	شاهد عن قتل ☐	فقدان أحد الأعزاء ☐
حادث مرور ☐	اكتشاف جثث ☐	اختطاف ☐
حادث منزلي ☐	انفجار قنبلة ☐	شاهد على تعذيب ☐
محاولة اغتيال ☐	هجوم على منزلك ☐	وضعيات أخرى ☒

صف باختصار ملابسات الحدث: الإصابة بسرطان الثدي.

- **معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث:**

الوضعية العائلية:

متزوج ☐ مطلق ☐ أعزب ☐ أرمل ☒

عدد الأطفال: 3 ذكور. تحديد سنهم: 30 سنة، 27 سنة، 25 سنة.

الوضعية المهنية:

طالب ☐ عامل ☐

عاطل عن العمل ☒ متقاعد ☐ عطلة مرضية ☐

الحالة الصحية:

هل تعاني مشاكل صحية: لا ☐ نعم ☒

ما هي أهمها: ارتفاع في ضغط الدم وحساسية

هل تتابع علاج طبي: لا ☐ نعم ☒

ما هي طبيعته: أدوية ضغط الدم ولا تشرب أي دواء يتعلق بالحساسية.

هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☒ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☐ نعم ☐

ما نوعه:

التاريخ:

هل تعرضت لأحداث أخرى تركت لك أثرا: لا ☐ نعم ☒

طبيعتها: وفاة والدتها خضوعها لعملية استئصال كيس مائي في الكبد

تاريخها: 1972

- **معلومات عامة حول الفترة التي عقبت الحدث:**

بعد الحدث هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☒ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☒ نعم ☐ ما نوعه:

تاريخ أول جلسة علاجية:

عدد الاستشارات (إلى حد اليوم):

هل تابعت علاج طبي: لا ☐ نعم ☒

نوعه: علاج كيميائي، والعلاج الموجه وعلاج هرموني.

مدته: 7 سنوات.

- **التعليمة:**

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة إلى سؤال لم تجيب عليه في أول وهلة، شريطة أن تجيب عليه بعد ذلك . لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية .بالنسبة لكل الاسئلة المطروحة استخدام السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة:

الجدول (39): يوضح نتائج تقييم الصدمة النفسية للحالة الرابعة.

شدة أو تواتر التظاهر			
0	1	2	3
منعدمة.	ضعيفة.	شديدة.	شديدة جدا

- **أثناء الحدث:** سوف نتطرق إلى كل ما أحسست به أثناء الحدث .

		0	1	2	3
A1	هل أحسست بالرعب؟	☐	☐	☐	☒
A2	هل أحسست بالقلق؟	☐	☐	☐	☒
A3	هل لديك إحساس بأنك في حال آخر؟	☐	☐	☐	☒
A4	هل انتابتك تظاهرات جسمية مثل الارتجاف، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟	☐	☒	☐	☐
A5	هل انتابك إحساس بأنك مشلول غير قادر على إصدار ردود أفعال متكيفة؟	☐	☐	☒	☐
A6	هل اعتقدت فعلا بأنك ستموت؟	☐	☐	☒	☐
A7	هل أحسست بأنك وحيد ومهجور من طرف الآخرين؟	☒	☐	☐	☐
A8	هل أحسست بأنك عديم القيمة؟	☐	☐	☒	☐
	مج A=	**16**			

- **منذ الحدث:** سوف نتطرق الآن إلى كل ما تحص به حاليا.

		0	1	2	
B1	هل تطاردك ذكريات وصور الحدث طول النهار والليل؟	☐	☐	☒	☐
B2	هل تعيش مجددا الحدث في الأحلام والكوابيس؟	☐	☒	☐	☐
B3	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟	☐	☐	☐	☒
B4	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟	☐	☐	☐	☒
	مج B=	**09**			

شدة أو تواتر التظاهر			
0	1	2	3
منعدمة.	ضعيفة.	شديدة.	شديدة جدا

		0	1	2	
C1	منذ الحدث هل ازدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	☐	☐	☐	×
C2	هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	☐	×	☐	☐
C3	هل ازداد لديك الاستيقاظ في الليل؟	☐	☐	☐	×
C4	هل تشعر بأنك لم تنم نهائيا؟	☐	☐	☐	×
C5	هل تشعر بالتعب عند الاستيقاظ؟	☐	☐	☐	×
	مج C=	**13**			

		0	1	2	3
D1	هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	☐	☐	☐	×
D2	هل لديك نوبات قلق؟	☐	×	☐	☐
D3	هل تخشى العودة إلى أماكن لها علاقة بالحدث؟	☐	☐	☐	×
D4	هل تحس بعدم الأمن؟	☐	☐	☐	×
D5	هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك ذكرى الحدث؟	☐	☐	☐	×
	مج D=	**12**			

		0	1	2	3
E1	هل تحس بأنك يقظ ومنتبه للأصوات أكثر من السابق وهل تفزعك كثيرا؟	☐	☐	×	☐
E2	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	☐	☐	×	☐
E3	هل أصبحت شديد الغضب أكثر من السابق؟	☐	×	☐	☐
E4	هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية...)؟ وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة؟	☐	☐	☐	×
E5	هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	☐	×	☐	☐
E6	هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	×	☐	☐	☐
	مج E=	**06**			

شدة أو تواتر التظاهر

0.....................1.....................2.....................3

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
F1	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعيات تذكرك به، هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس، الغثيان، الخفقان، الارتجاف، التعرق، صعوبة التنفس؟	☐	☐	×	☐
F2	هل لاحظت تغيرات على وزنك؟	☐	☐	☐	×
F3	هل لاحظت تقهقر على حالتك الجسمية العامة؟	☐	☐	☐	×
F4	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها؟	☐	☐	×	☐
F5	هل زدت من استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية...؟	×	☐	☐	☐
	مج F=	**10**			

		0	1	2	3
G1	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق؟	☐	☐	×	☐
G2	هل تعاني من فجوات بالذاكرة؟	☐	☐	×	☐
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره؟	☐	☐	×	☐
	مج G=	**06**			

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2.....................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
H1	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟	☐	☐	☐	☒
H2	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☒
H3	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإنهاك؟	☐	☐	☐	☒
H4	هل لديك مزاج حزين و/أو هل تنتابك نوبات من البكاء؟	☐	☐	☐	☒
H5	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟ وهل تراودك أفكار انتحارية؟	☐	☒	☐	☐
H6	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية و/أو الجنسية؟	☐	☐	☒	☐
H7	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبلك مدمر؟	☐	☐	☐	☒
H8	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الاتصالات؟	☐	☐	☐	☒
	مج H=	**21**			

		0	1	2	3
I1	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جربت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج؟	☐	☒	☐	☐
I2	هل تشعر أنك مذنبا نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث و/أو نجوت دون الأخرين؟	☐	☒	☐	☐
I3	هل تشعر بأنك مذلول أمام كل ما يحدث؟	☐	☐	☐	☒
I4	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك؟	☐	☐	☒	☐
I5	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره؟	☐	☒	☐	☐
I6	هل تغيرت نظرتك للحياة ولنفسك وللآخرين؟	☐	☐	☒	☐
I7	هل تفكر بأنك لست مثلما كنت سابقا؟	☐	☐	☒	☐
	مج I=	**12**			

		نعم	لا
J1	هل تتابع نشاطك المهني أو الدراسي؟	☐	☒
J2	هل تشعر بأن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة؟	☐	☒
J3	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة؟	☐	☒
J4	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الآباء، الأبناء...) منذ الحدث؟	☒	☐
J5	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك؟	☒	☐
J6	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين؟	☐	☒
J7	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	☐	☒
J8	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين؟	☐	☒
J9	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق؟	☐	☒
J10	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق؟	☐	☒
J11	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك؟	☒	☐
	مج J=	09	

1.8. تنقيط السلالم:

من الدرجات A إلى I تتحصل على النقطة في السلم بإضافة أجوبة الفرد لكل عنصر (0، 1، 2، 3) العلامات تكون ما بين 0 إلى 24 بنسبة لدرجات السلم A و H من 0إلى 12 لدرجات سلم B ،من0 إلى 15 لدرجات سلم F،D، Cن من 0إلى 18 لدرجات سلم D و من 0 إلى 9 لدرجات سلم G.

أما من أجل المقياس J، من المستحسن استعمال الجدول أسفله وتحسب نقطة 1 من أجل كل خانة رمادية مشطبة و0 من اجل الخانة البيضاء.

2.8. تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة:

الجدول (40): يوضح تحويل مجموع النقاط إلى نقاط معايرة للحالة الرابعة.

المقاييس	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	المجموع الكلي
مجموع النقاط	16	9	13	12	8	10	6	21	12	9	116
النقاط المعايرة	4	4	4	4	3	5	4	5	4	5	4

8. التقييم الاكلينيكي لنتائج استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ:

أجابت الحالة (Jiji) على بنود الاستبيان TRAUMAQبصفة فردية وذلك بعد 7سنوات على وقوع الحدث الصدمي (الإصابة بسرطان الثدي)، فجاءت النتائج حسب التحليل النمطي للاستبيان مسفرة عن صدمة نفسية قوية جدا (تناذر نفسي صدمي شديد جدا) والذي تعبر عنه السلالم حسب البنود الموصوفة وهذا ما يشير إليه مجموع النقاط المرتفع الذي يعادل 115 نقطة تعادلها نقطة معايرة 5 حيث تتوزع مجموع النقاط على 10 سلالم يضم كل سلم مجموعة أعراض مميزة للصدمة النفسية وحالة الاجهاد ما بعد الصدمة.

تحصلت الحالة Jiji في السلم **(A)** والذي يضم **8 بنود تخص ردود الفعل الجسدية والعقلية الفورية أثناء الحدث** على 16 نقطة خام والتي تقابها علامة معايرة 3 (متوسطة) التي تعبر عن المواجهة الأولى للفاجعة وخطر الموت، ويظهر هذا من خلال التواتر الشديد جدا للبنود (A 3) (A2) (A1) التي تحصلت فيها على تنقيط 3 وهذا ما يدل على أن الحالة عاشت خلالها تجربة نفسية مؤلمة ومعاناة شديدة سيطر خلالها الرعب والقلق والخوف والاحساس بأنها في حال أخر، وقد كان التواتر شديدا في البنود (A5) (A6) (A8) فالحالة لم تستطع ابداء ردود فعل تكيفية واعتقدت أنها ستموت أمام الرغبة في الحياة وقد بدى لدى الحالة سوء في تقدير الذات حي أنها شعرت بأنها بلا قيمة. أما التواتر فقد كان ضعيفا في البند (A4) الخاص بالتظاهرات الجسمية كالارتجاف والتعرق وارتفاع ضغط الدم وزيادة سرعة ضربات القلب في حين أن التواتر كان منعدما في البند (A7) الخاص بالشعور بالهجران من قبل الأخرين.

تحصلت الحالة في السلم **(B)** الذي يضم **4 بنود تخص أعراض تناذر التكرار** على 9 نقاط خام تقابلها علامة معايرة 5 (صدمة قوية) تعكس الألم والمعاناة النفسية الشديدة جدا لأعراض تناذر التكرار بعد سبع سنوات من التعرض للحدث الصادم، ويظهر هذا من خلال التواتر الشديد جدا للبنود (B3) (B4) فالحالة تجد صعوبة شديدة في التحدث عن الحدث وتشعر بالقلق عند التفكير بالحدث في حين أن التواتر شديد في البند (B1) الخاص بمطاردة 1كريات وصور الحدث طول الليل والنهار في حين أن التواتر في البند (B2) الخاص بمعايشة الحدث في الأحلام والكوابيس كان ضعيفا.

كما تحصلت الحالة في السلم**(C)** والذي يضم **5 بنود تخص اضطرابات النوم** على 13 نقطة تقابلها علامة معايرة 4 تعكس معاناة الحالة النفسية الشديدة من خلال التظاهر الشديد جدا للبنود (C5) (C4) (C3) (C1) التي تعبر عن زيادة صعوبات النوم إضافة زيادة الاستيقاظ في الليل والشعور بعد النوم والشعور بالتعب عند الاستيقاظ في حين سجلت الحالة تواترا ضعيفا للبند (C2) الخاص بمشاهدة كوابيس يتعلق محتواها مباشرة بالحدث الصدمي

وبالنسبة للسلم **(D)** الذي يضم **5 بنود تخص القلق والحالات الفوبية** قدر مجموعه لدى إجابات الحالة ب: 8 نقاط خام تقابلها علامة معايرة 3 تعكس المعاناة النفسية الشديدة للحالة ويظهر هذا من خلال التواتر الشديد جدا للبنود (D3) (D1) اللذان يعبران عن القلق الشديد والخوف من العودة لمكان الحدث، في حين سجلت الحالة تواتر شديد في البنود (D2) (D4) (D5) التي تمثل وجود نوبات القلق والاحساس بعدم الأمان وتجنب الأماكن التي تثير ذكرى الحدث.

ونقطت إجابات الحالة في السلم **(E)** والذي يضم **6 بنود تخص التهيج، فقدان السيطرة واليقظة المفرطة** ب: 15 نقطة تقابلها علامة معايرة 5 تعكس الآثار السلبية الناجمة عن الحدث الصدمي. ويظهرا في التناذر الشديد في البنود (E4) (E2) (E1)

التي تعبر عن اليقظة والانتباه للأصوات أكثر من السابق في حين سجلت الحالة تواترا ضعيفا في البندين (E5) (E3) التي تمثل الشعور بالغضب والشعور بالعدوانية في حين سجلت الحالة تواترا منعدم في البند (E6) الخاص بظهور سلوكيات عدوانية منذ الحدث.

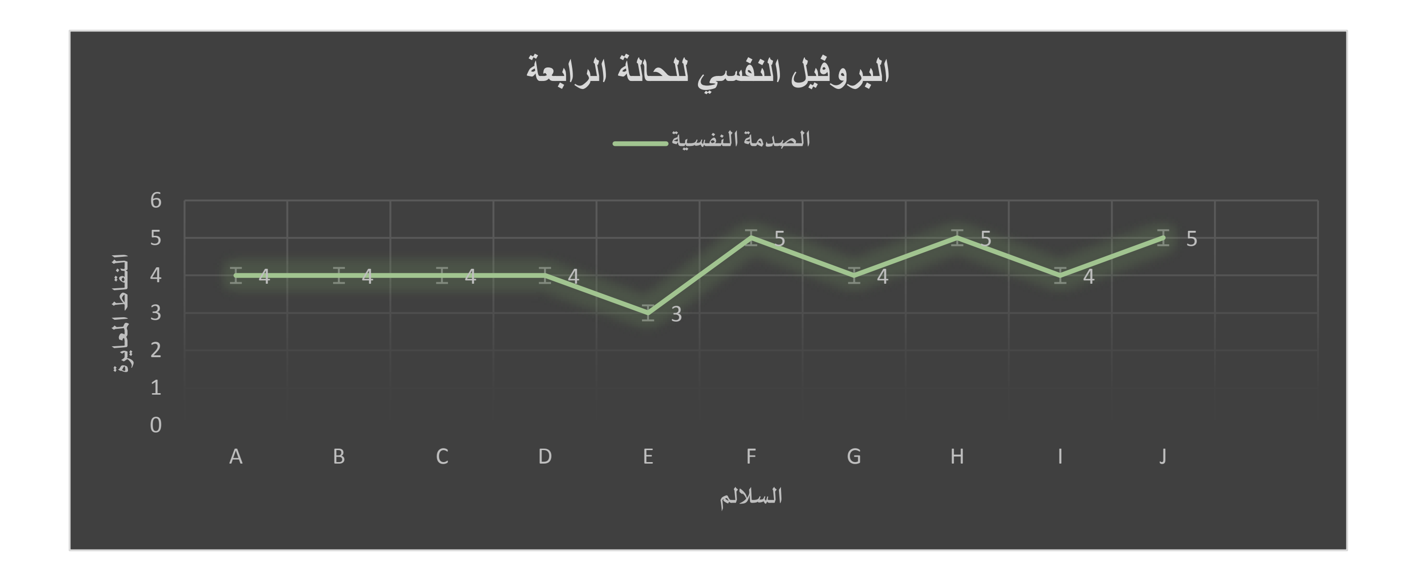
تحصلت الحالة في السلم **(F)** الذي يضم **5 بنود والخاص ب التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان** على 10نقاط تقابلها علامة معايرة 5 تعكس المعاناة النفسية والجسدية الشديدة جدا للحالة ويظهر هذا من خلال التناذر الشديد للبنود (F2) (F3) (F4) التي تمثل انخفاض وزن الحالة وتقهقر الحالة الجسمية عامة وظهور المشاكل الصحية التي يصعب تحديد سببها. في حين كان التواتر شديد في البند (F1) فالحالة تظهر لديها ردود أفعال جسمية عند إعادة التفكير بالحدث الصدمي أما التواتر الخاص بالبند (F5) الخاص بزيادة استهلاك بعض المواد فقد كان منعدم.

وحققت الحالة في السلم **(G)** الذي يضم **3 بنود والخاص بالاضطرابات المعرفية**، على 6 نقاط خام تقابلها العلامة المعايرة 4 **تعكس** المعاناة الشديدة من الاضطرابات المعرفية فقد أظهرت إجابة الحالة تواتر شديد لجميع البنود (G1) (G2) (G3) وهو ما يعبر عن إيجاد الحالة صعوبات في التركيز، معاناة من فجوات في الذاكرة وصعوبة تذكر الحدث أو بعض عناصره.

تحصلت الحالة في السلم **(H)** الذي يضم **8 بنود والخاص بالاضطرابات الاكتئابية**، على 21 نقطة خام تقابلها العلامة المعايرة 5 **تعكس** المعاناة النفسية الشديدة جدا للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البنود (H1) (H2) (H3) (H4) (H7)(H8) والتي تعكس فقدان الرغبة في الأشياء الهامة قبل الحادث وانخفاض الطاقة والحيوية والشعور بالتعب والإنهاك والمزاج الحزين بالإضافة إلى الشعور بضياع المستقبل والميل إلى العزلة ورفض الاتصالات كما أن الحالة سجلت تواترا شديدا في البند (H6) الذي يعبر عن إيجاد صعوبات في العلاقات العاطفية في حين التواتر كان ضعيفا في البند (H5) الذي يعبر عن الشعور بأن الحياة لا تستحق أن تعاش.

وأحرزت الحالة في السلم **(I)** الخاص **بالمعاش الصدمي من خلال التجارب المؤلمة والشعور بالذنب وفقدان تقدير الذات ومشاعر الغضب والعنف** و الذي يضم **7 بنود** على 12 نقطة خام تقابلها العلامة المعايرة 4 **تعكس** المعاناة النفسية الشديدة للحالة المتمثلة في التواتر الشديد جدا في البند (I6) الذي يمثل الشعور بالذل أمام كل ما يحدث وقد سجلت الحالة تواتر شديد في البنود (I7) (I6) (I4) التي تعبر عن الشعور بعدم القيمة، والتفكير بأنه ليس مثل ذي قبل ، تغير نظرة الحالة لذاته والأخرين في حين أن التواتر ضعيف في البند (I2) الشعور بالذنب نتيجة ما فعله أثناء الحدث.

وبالنسبة للسلم **(J)** الخاص **بجودة الحياة** والذي يحتوي على **11 بندا** نالت الحالة 05 نقاط خام تقابلها العلامة المعايرة 3 تعكس التغير في نمط حياتها من خلال فقدان لذة الحياة وفقدان عدم متابعة النشاط المهني وانخفاض وتيرة اللقاء بالأصدقاء وقطع العلاقات بالأقارب لدرجة الشعور بأن الأخرين لا يفهمونه لدرجة أنه يشعر أنه غير معني بأحداث المحيط ويظهر هذا من خلال إجابة الحالة بلا في البنود (J1) (J2) (J3) (J8) (J9) (J10) واجابته بنعم على البنود (J4) (J5) (J11)



الشكل (30): يبين البروفيل النفسي للحالة الرابعة حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq

من خلال الشكل أعلاه والذي يمثل البروفيل النفسي للحالة الرابعة حسب استبيان تقييم الصدمة Traumaq، نلاحظ أن الحالة تعاني من تناذر صدمي شديد حسب البروفيل «A» حيث قدرت فيه النقطة المعايرة ذروتها وهي موضحة فيما يلي:

- نقطة معايرة عالية جدا (5) على السلم F الذي يخص التفاعلات النفسية والجسدية، وكذلك على السلم H الذي يخص اضطرابات الاكتئاب، والسلم J الذي يخص نوعية الحياة وهذا ما يشير إلى قلق الحالة الشديد وخوفها من المرض الذي أدى إلى تهيجها وفقدان سيطرتها بسبب تلك الصدمة النفسية والتي أسفرت بدورها عن ظهور اضطرابات الاكتئاب لديها.
- مجموع نقاط معايرة عالية (4) على السلم A الذي يخص ردود الفعل الجسدية والعقلية الفورية أثناء الحدث، والسلم B الذي يخص الأعراض المرضية، الإنعاش والانطباع بإحياء الحدث والقلق، والسلم C الذي يخص اضطرابات النوم، وكذلك السلم D الذي يخص القلق والحالات الفوبية، والسلم G الذي يخص الاضطرابات المعرفية، والسلم I الذي يخص التجارب المؤلمة، الشعور بالذنب، فقدان تقدير الذات، المشاعر العنيفة والغضب وهذا ما يؤكد المعاش النفسي السيئ والمعاناة النفسية الشديدة للحالة بسبب إصابتها بسرطان الثدي.
- نقطة معايرة متوسطة (3) على السلم E الذي يخص التهيج وفقدان السيطرة واليقظة المفرطة.

9. نتائج قائمة بيك الثانية للاكتئاب:

الجدول (41): يوضح نتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب على الحالة الثالثة.

الأعراض	العبارة	التنقيط
1) الحزن	أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.	3
2) التشاؤم	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.	2
3) الفشل السابق	كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل.	2
4) فقدان الاستمتاع	أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه.	2
5) مشاعر الذنب	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	1
6) مشاعر العقاب	أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى.	1
7) عدم حب الذات	فقدت الثقة في نفسي.	1
8) نقد الذات	أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي.	2
9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية	ليس لدي أفكار للانتحار.	0
10) البكاء	أبكي أكثر مما تعودت.	3
11) التهيج والاستثارة	أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقرا.	2
12) فقد الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.	2
13) التردد في اتخاذ القرارات	لا أستطيع اتخاذ القرارات.	3
14) انعدام القيمة	أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.	2
15) فقدان الطاقة على العمل	ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.	3
16) تغيرات في نمط النوم	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	3
17) القابلية للغضب والانزعاج	أغضب أكبر بكثير مما تعودت.	2
18) تغيرات في الشهية	ليست لدي شهية على الإطلاق.	3
19) صعوبة التركيز	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.	3
20) الإرهاق أو الإجهاد	يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.	2
21) فقدان الاهتمام بالجنس	إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام.	0
	المجموع	40

1.9. تحليل نتائج قائمة بيك الرابعة للاكتئاب:

تحصلت الحالة على 40 درجة من أصل 63 درجة خام ممكنة وهو ما يدل على مستوى اكتئاب شديد.

2.9. الاستنتاج التشخيصي للحالة الرابعة حسب شبكة الملاحظة والمقابلات، استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية للاكتئاب:

جدول (42): يوضح نتائج مؤشرات وجود الصدمة النفسية والاكتئاب وفق أدوات الدراسة للحالة الثالثة.

الأداة	المؤشرات
شبكة الملاحظة والمقابلات نصف الموجهة	- تعابير الحزن ونبرة صوت حزينة مع سرعة الانفعال. - أعراض الاكتئاب والصدمة النفسية للإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة، - أعراض الاكتئاب الناتج عن صدمة الإصابة بسرطان الثدي حسب الإجابات على الأسئلة.
استبيان تقييم الصدمة Traumaq	- صدمة قوية جدا حسب نتائج الاستبيان قدرات ب 116 درجة. - تناذر صدمي شديد حسب البروفيل النفسي للحالة. - بلوغ أعراض التفاعلات النفسية والجسدية، واضطرابات الاكتئاب، ونوعية الحياة الذروة وهذا ما يعكس المعاناة النفسية الشديدة للحالة
قائمة بيك الثانية للاكتئاب.	- اكتئاب شديد قُدّر ب 40 درجة. - وجود أعراض بارزة تتمثل في الحزن، التردد في اتخاذ القرارات، فقدان الطاقة، الأرق، انعدام الشهية، صعوبة التركيز.

10. التحليل العام للحالة الرابعة:

استنادا على ما تم ملاحظته من خلال شبكة الملاحظة، وأجوبة الحالة على أسئلة المقابلة نصف الموجهة، تبين أن الحالة تعرضت لصدمة شديدة عند تلقيها لخبر الإصابة بمرض سرطان الثدي، فأعراض تناذر التكرار كانت بارزة من خلال إعادة معايشة الحدث الصدمي حتى في غيابه عند مواجهة حدث مشابه له، عند مواجهتها لمثيرات تذكرها به كالأماكن والبرامج ... وتعاني الحالة من معايشة الحدث الصدمي حتى في الأحلام والكوابيس بأنها ماتت بسبب المرض، وأعراض تناذر التجنب ظهرت لدى الحالة في قيامها بمجهودات لتفادي تذكر الحدث الصدمي، حيث أنها تحاول تغيير الموضوع كلما سألها الآخرون عن المرض ما أدى بها إلى تقليل العلاقات مع العائلة والأصدقاء من أجل تجنب الحديث عن حالتها الصحية.

أما مظاهر الاكتئاب فظهرت بشكل جلي في خوفها الموت وترك مسؤولية أولادها فالحالة تواجه الحقيقة الفعلية للموت، وما يتبعها من معاش نفسي مؤلم يظهر من خلال ظهور الأعراض الاكتئابية على المستوى الانفعالي من خلال ايماءات الوجه الحزينة وعلى المستويات السلوكية والمعرفية من خلال تفكير الحالة المستمر في الموت وضعف القدرة على التركيز واتخاذ القرارات إضافة إلى السلوكيات المرضية الاكتئابية كالعزلة وفقدان الشهية، وفقدان الاستمتاع بالأنشطة اليومية، وفقدان تقديرها لذاتها نتيجة المعاش النفسي المؤلم الذي تعيشه.

وجاءت هذه النتائج مطابقة لنتائج استبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq أين تحصلت الحالة على 116 درجة تشير إلى صدمة قوية جدا مع تناذر صدمي شديد حسب البروفيل النفسي للحالة Jiji الذي يوضح بروز التفاعلات النفسية والجسدية واضطرابات الإدمان، والاضطرابات الاكتئابية، والتغير في نوعية الحياة، والتي كانت فيها الدرجة المعيارية عالية جدا 5، يرفقه باقي التظاهرات بوتيرة عالية، ما عدا البند الخاص بالتهيج وفقدان السيطرة واليقظة المفرطة أين كانت فيه الوتيرة متوسطة.

كما جاءت مماثلة لنتائج تطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب والتي تحصلت فيها الحالة على 41 درجة تشير إلى اكتئاب شديد يؤكد الأعراض التي تعاني منها الحالة وذكرتها في المقابلات حيث ظهرت أعلى النقاط (3) في العبارات الخاصة بالحزن من خلال شعورها بالحزن لدرجة لا تستطيع تحملها، ومحور التردد في اتخاذ القرارات من خلال عدم استطاعتها اتخاذ القرارات، وكذلك محور فقدان الطاقة من خلال أنه ليس لديها طاقة للقيام بأي شيء، وأيضا محور التغيرات في نظام النوم من خلال استيقاظها المتكرر من النوم، بالإضافة إلى أنه لم تعد لديها شهية للأكل على الإطلاق، وصعوبة التركيز من خلال عدم قدرتها على التركيز في أي شيء. أما معظم

ومن خلال ما تم الوصول إليه في نتائج المقابلات وشبكة الملاحظة واستبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq وكذلك قائمة بيك الثانية للاكتئاب، تشير إلى أن الحالة Jiji تعاني من صدمة نفسية قوية جدا أسفرت عن ظهور الاكتئاب، والمعاش النفسي المؤلم من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة Traumaq.

ملخص عام على نتائج حالات الدراسة:

الجدول (43): يوضح ملخص نتائج الحالات الأربعة على استبيان تقييم الصدمة Traumaq وقائمة بيك الثانية.

حالات الدراسة	مجموع النقاط TRAUMAQ	النقاط المعايرة	مستوى الصدمة	مجموع نقاط السلم H في استبيان Traumaq	النقطة المعايرة	الدلالة (0-24)	مجموع نقاط قائمة بيك الثانية للاكتئاب	مستوى الاكتئاب
Sofi	115	4	صدمة قوية جدا	19	5	وجود حالة اكتئابية	40	اكتئاب شديد
Rita	111	4	صدمة نفسية قوية	20	5	وجود حالة اكتئابية	43	اكتئاب شديد
Nina	86	3	صدمة نفسية متوسطة	15	4	وجود حالة اكتئابية متوسطة	31	اكتئاب متوسط
Jiji	116	4	صدمة قوية جدا	21	5	وجود حالة اكتئابية	40	اكتئاب شديد

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

بعد قيامنا بعرض نتائج الدراسة اعتمادا على المقابلات والملاحظات وتطبيق استبيان تقييم الصدمة Traumaq ، وتطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب سنتناول في هذا الفصل مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة، وتفسيرها على ضوء النظريات والدراسات السابقة.

1. **الفرضية الأولى:** والتي تنص على: "يشكل الإعلان عن سرطان الثدي صدمة لدى المرأة".

تحققت الفرضية الأولى على أن الإعلان عن سرطان الثدي يشكل صدمة لدى المرأة وهذا ما أكدته النتائج المحصل عليها للحالات من خلال استبيان تقييم الصدمة TRUAMAQ حيث بينت معظم النتائج أن الحالات تعاني من صدمة لفجائية الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي، لكن بدرجات متفاوتة وقريبة فالحالة الأولى **sofi** والرابعة **jiji** كانت شدة الصدمة لديهن قوية جدا، أما الحالة الثانية **rita** فكانت شدة الصدمة لديها قوية، أما الحالة الثالثة **nina** فشدة الصدمة لديها كانت متوسطة، وأظهرت جميع الحالات معاناة وألم نفسي شديد جراء إصابتهن بسرطان الثدي حيث أثر بشكل كبير على المعاش النفسي لديهن، وما يميز استجابات جميع الحالات هو عدم تقبل المرض رغم مرور الوقت، وكانت الأعراض الصدمية بارزة لدى أغلب الحالات بشكل متفاوت ومختلف يؤكد فردانية كل حالة في رد الفعل الصدمي، ويظهر ذلك في اختلاف النقاط التي تحصلت عليها الحالات في كل سلم.

فحسب نظرية التحليل النفسي يرى **"فرويد Freud"** أن أهم ما يميز الصدمة هو عامل المفاجأة، فشدة الحدث الصدمي تمزق دفاعات الجهاز النفسي الذي تختلف قدرته في صد الإثارات من فرد إلى آخر، فالحدث الصدمي لا يخص الوضعية الصدمية فقط بل يخص الأفراد في تلك الوضعية، وهو ما يفسر اختلاف ردود الأفعال الناتجة عن الحدث الواحد.

ويرى **وينيكوت Winnicott** أن الصدمة هي ما يكسر إضفاء الطابع المثالي على شيء ما عن طريق كراهية الفرد كرد فعل على حقيقة ذلك الموضوع الذي فشل في تحقيق وظيفته، فهو يستحضر مفهوم زمن ما بعد الصدمة الذي يسبب في بعض المواقف المتطرفة المعاناة النفسي.

فبالإضافة إلى ما يميز الصدمة من فجائية وقسوة تهدد دفاعات الجهاز النفسي، فهي أيضا تكسر مثالية الأنا وتهدد نرجسية الفرد ما يسبب المعاناة النفسية لاحقا، وهذا ما ينطبق على حالات الدراسة المتمثلة في نساء مصابات بسرطان الثدي، فوقع الخبر كان جد قاس سبب بهم صدمة نفسية متفاوتة في الشدة حسب فردانية كل حالة، ونتج عنها انكسار وشعور بالإحباط يقابله فقدان في تقدير الذات حتى وإن غير مصرح به لتفادي انكسار نرجسية الأنا وهذا ما ينطبق على الحالة الثالثة للدراسة.

وتتفق نتائج دراستنا مع كل من دراسة **"منصوري ليلى وجلطي بشير"** التي كانت بعنوان **"الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي"** التي توصلت إلى أن المرأة حديثة الإصابة بسرطان الثدي تعاني من مستوى مرتفع للصدمة النفسية. ودراسة **"زكراوي حسينة "** التي كانت بعنوان **"كرونولوجيا سرطان الثدي: تداعيات الصدمة، خصوصية المعاش النفسي، مآل**

المرض" التي توصلت إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي تظهر لديهن تظاهرات نفسية صدمية، تبعات سلبية ومعاشات مؤلمة في مختلف مراحل الإصابة بسرطان الثدي.

وتعد أيضا الإصابة بالأمراض الجسدية عاملا مثيرا للجدل خاصة فيما يتعلق بطبيعته التنبئية لبداية وشدة الاضطرابات النفسية، حيث وجدت العديد من الدراسات علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الإصابة بالأمراض الجسدية والصدمة النفسية كالدراسة التي أجراها أبنهايم وآخرون Abenhaim et al (1992) الذي أكد على أن تواتر الاضطرابات النفسية الرضحية يتناسب مع الشدة الأولية للأمراض الجسدية الخطيرة والصدمة النفسية. **(De Soi, Vermeiren, 2002, p 60)**

وتحدث الصدمة النفسية لدى المرأة عند الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي. لارتباطه بالموت والفقدان وهو ما يمثل وضعية جديدة ومفاجئة. ويمثل فالضحية (المرأة المصابة بسرطان الثدي) لم يسبق لها تجريب الموت ما يدفعها للقيام بردود أفعال غير تكيفية تظهر في شكل أعراض وتناذرات صدمية.

2. **الفرضية الثانية**: والتي تنص على: يمكن التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة النفسية. TRAUMAQ

بالرجوع إلى الملاحظات أثناء المقابلة النصف الموجهة وإلى نتائج السلم (H) الخاص بالاضطرابات الاكتئابية (فقدان الطاقة والحماس، الحزن، الرغبة في الانتحار). من استبيان تقييم الصدمة (Traumaq). فإن الفرضية التي تنص على أنه يمكن التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية عند المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجاباتها على استبيان تقييم الصدمة النفسية محققة، وقد كانت النتائج المحصل عليها في هذا السلم عالية بالرجوع إلى المجال الخاص به (0 إلى 24)، ويظهر هذا من خلال النتائج المحصل في إجابات الحالات على السلم (H)، حيث تحصلت جميع الحالات على نقطة معايرة 5 والتي تدل على وجود تناذر صدمي شديد فالحالة **Sofi** تحصلت على 19 نقطة خام. وتحصلت الحالة **Rita** على 20 نقطة والحالة **Nina** على 15 نقطة خام في حين تحصلت الحالة **Jiji** على 21 نقطة خام.

وما يميز استجابات جميع الحالات هو التواتر الشديد جدا والشديد لجميع البنود الخاصة بالسلم، التي تدل على فقدان الرغبة في الأشياء المهمة بعد الإصابة بسرطان الثدي وانخفاض الطاقة والحيوية والشعور بالتعب والملل والإنهاك، والمزاج الحزين والبكاء، والصعوبات في العلاقات العاطفية، التشاؤم واليأس، والميل للعزلة ورفض الاتصالات، وما تم ملاحظته أن جميع الحالات كانت استجاباتها على البند (H5) بتواتر منعدم ما يعكس التمسك والرغبة بالحياة لديهن، ما عدا الحالة الرابعة **Jiji** التي أجابت بتواتر ضعيف يعكس الظروف المعيشية السيئة والفقر الذي أوصلها إلى أن الحياة لا تستحق أن تعاش، ورغم ذلك فهي من بين جميع الحالات تمثل أطول مدة للإصابة بالمرض (7 سنوات). وترجع استجابات الحالات إلى تداعيات صدمة الإصابة بسرطان الثدي وانعكاساتها على الحالة النفسية والمزاجية وما يرتبط بها من تباطؤ نفس-حركي وأعراض اكتئابية قد تدل على إصابة الحالات بالاكتئاب اللاحق للصدمة. فالأفراد الذين يعانون من صدمة نفسية جراء الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي تظهر لديهم أعراض اكتئابيه كفقدان اللذة والاستمتاع، وفقدان الاهتمام بالأنشطة المهمة في حياتهم.

وفي هذا الصدد يؤكد "**لاكان Lacan**" أن المواجهة مع الموت (الإعلان عن الإصابة بالسرطان) تحدث فجوة لدى الفرد ما يجعله يعيش حياة نفسية مؤلمة وهنا يختلف توظيف دفاعات الفرد في مساعدته على تقبل المرض التي قد يفشل فيها الجهاز النفسي وذلك في إحداث التوافق النفسي ما يؤدي إلى شعور الفرد بعدم الأمان وهو ما يساهم في ظهور الاكتئاب.

ترتبط كلمة السرطان بحدوث الصدمة النفسية كونها تحمل معاني الموت الذي يفشل الفرد في مواجهته ما يؤدي بالفرد إلى معايشة الأعراض الصدمية التي تحدث تدريجيا الاكتئاب.

وترى "**كريبلين Kraepelin** " أن حالة الاكتئاب يمكن أن تكون مرتبطة بمرض عضوي أي أنه حالة ثانوية للاضطراب العضوي كالأورام السرطانية وهنا يكون الاكتئاب ثانوي لأن لديه أسباب وعوامل محددة يفسر على أساسها.

وتحدث "**فرينزي Ferenczi**" عما يعرف بفرضية الاضطراب الوجداني، حيث يفترض بأن الشخص يعيش سلسلة من التجارب التي تسبب له الانهيار وضعف الشعور النرجسي، إضافة إلى مشاعر العجز ومعايشة تجربة تحطم الشعور بالذات أيضا كل هذه التجارب تكون مولدة للقلق وبذلك يقوم الجهاز النفسي بما يعرف بالتحطيم الذاتي لنفسه، حيث يكون بمثابة الحل الوحيد الممكن ليستطيع الشخص التحرر من هذا القلق، فتجنب الدمار الكلي يسمح بإعادة بناء الذات انطلاقا من الأجزاء.

وهذا ما يشير إلى التجربة الصدمية التي عايشتها الحالات وسببت لهم نوع الانهيار والهشاشة، وضعف في الشعور النرجسي تداعى بعد ذلك إلى ظهور الاكتئاب عندما عجز الأنا عن صد القلق، وذلك كوسيلة للهروب من واقع التجربة، حيث ظهرت لدى جميع الحالات أعراض اكتئابية ناتجة عن صدمة الإصابة بسرطان الثدي.

وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة فضيلة عروج التي كانت بعنوان " **دراسة نفسية عيادية لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان** " والتي توصلت إلى: معاناة أفراد العينة من تناذرات نفسية صدمية ممثلة في حالة الإجهاد ما بعد الصدمة تصاحبها مجموعة من التظاهرات العيادية المعبرة إكلينيكيا: كالاكتئاب، الانخفاض في تقدير الذات، الانحدار والتغير السلبي لنوعية حياة العازبات بفعل الأحداث الصادمة المعاشة منذ لحظة الإعلان عن خبر الإصابة بسرطان الثدي. وتتفق نتائج دراستنا كذلك مع "**دراسة يوسف بوزار ومحمد الصالح جعلاب**، التي كانت بعنوان "**الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نتيجة الإعلان عن التشخيص**". حيث توصلت إلى: أن النساء المصابات بسرطان الثدي يظهرن أعراضا صدمية واستجابات اكتئابية نتيجة الإعلان عن تشخيص سرطان الثدي.

بالإضافة إلى دراسة **فيرجير وآخرون Verger et al (1999)** التي درست الآثار النفسية للصدمات النفسية، أين توصلوا إلى وجود اعتلال مشترك وكبير بين إجهاد ما بعد الصدمة واضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب، فضلا عن وجود علاقة بين مستوى التعرض وشدة الإجهاد اللاحق للصدمة والاكتئاب. **(De Soi, Vermeiren, 2002, p 56)**

3. **الفرضية الثالثة:** والتي تنص على: مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي شديد

بالرجوع إلى الملاحظات أثناء المقابلات النصف موجهة وإلى قائمة بيك الثانية للاكتئاب فإن الفرضية التي تنص على أن مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي محققة لدى ثلاثة حالات فقد كان شديدا لدى الحالات **Sofi** التي تحصلت على 40 درجة من 63 و**Rita** التي تحصلت على 43 درجة إضافة إلى الحالة **Jiji** التي تحصلت على 41 درجة.

في حين لم تتحقق لدى الحالة **Nina** كونها تحصلت على 38 درجة وهو ما يدل على أن مستوى الاكتئاب متوسط لديها.

ونلاحظ الدرجة المرتفعة (3) للبند 12 الذي يمثل فقدان الاهتمام لدى جميع الحالات، وترتفع درجة البند 15 الذي يعبر عن فقدان الطاقة لدى الحالات التي سجلت مستوى شديد للاكتئاب لكن الحالة (Nina) في حين أن علامات باقي البنود تختلف من حالة إلى أخرى. وما يميز أعراض الاكتئاب لدى جميع الحالات من خلال الملاحظات أثناء المقابلة هو الشعور بالذنب وبروز مشاعر الحزن والتشاؤم والفشل.

ففرويد يرى أن الاكتئاب يحدث عندما يفقد الفرد موضوعات الحب فنوبات الاكتئاب تظهر كنتيجة للشعور بالذنب فالفرد المكتئب يشعر بأن كراهيته اللاشعورية هي التي تسببت في فقدان أو خسارة هذا الموضوع ما يؤدي إلى ظهور مشاعر الاكتئاب ولوم الذات.

ويبين **وينيكوت** أن الخوف من الانهيار يتعلق بانهيار تم تجربته بالفعل ولكن لم يتم الاعتراف به ولم يتم تسجيله بشكل حقيقي، بحيث في مثل هذه اللحظات "يحتاج المريض إلى إخباره بأن الانهيار الذي يهدد حياته قد حدث بالفعل. ومع ذلك، لا يمكن وضع هذا الألم البدائي (المعاناة) في الماضي إذا لم تكن الأنا قادرة على قبوله في تجربة الحاضر وينسب وينيكوت الخوف من الانهيار إلى "اللاوعي" الذي يميزه عن الخوف في العصاب وحتى إلى اللاوعي الفرويدي.

فالاكتئاب هنا يحدث نتيجة عدم توقع الإصابة بسرطان الثدي الذي يعد حدث صدمي ترغب المرأة في نسيانه ورفض الاعتراف بحدوثه إلا أنها تفشل في ذلك ما يدفع الجهاز النفسي إلى كبته لا شعوريا، وعدم تقبل المرض الذي يعتبر تهديد لحياتها ويمثل خسارة تدفعها للشعور بالانهيار جراء الإصابة بسرطان الثدي، ما يجعلها تدخل في معاناة نفسية التي ينتج عنها الإصابة بالاكتئاب، وهذا ما ظهر لدى جميع الحالات حيث ما يميز الاستجابات هو عدم التقبل والرفض والإنكار والخوف من المرض الذي لم تُتَوقع الإصابة به، وحتى أنه كان لدى البعض شكوك حوله إلى أن الاعتراف بحدوثه فعلا يحدث اختلال في الاتزان الانفعالي لدى الحالات ما يسفر عن ظهور الاكتئاب.

وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة **"جهاد براهمية ونادية بوشلالق"** التي كانت بعنوان **"الألم النفسي لدى مرضى سرطان الثدي"** وتوصلت إلى أن (68-69%) من مرضى السرطان. ومع دراسة **" الماحي زوبيدة "** التي كانت بعنوان**" المعاش النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي بالجزائر "** التي توصلت إلى أن إلى أن سرطان الثدي يؤثر بشكل كبير على المعاش النفسي للمرأة المصابة به، كما أن له علاقة مباشرة بظهور عدة اضطرابات نفسية لديها كالقلق والاكتئاب، ومع دراسة **Manoudi. F وآخرون (2010). تحت عنوان "الاضطرابات الاكتئابية لدى مرضى السرطان "**والتي توصلت إلى أن انتشار الاكتئاب 15%، 26.7% منه شديدا،

و60% متوسطا، 13,3% كان خفيفا وهو ما يختلف مع نتائج دراساتنا حيث أن ثلاثة حالات سجلت مستوى اكتئاب شديد في حين حالة واحدة سجلت اكتئاب متوسط.

وتوصلت أيضا دراسة **Derogatis (1983)** الأصلية حول انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان، أن 6% تمثل الاكتئاب الشديد، و12% من اضطرابات التكيف مع المزاج المكتئب، و13% من مظاهر القلق والاكتئاب. **(goudemand, 2010, p 310)**

كما توصلت دراسة **Sachs et al (1995)** إلى أن نسبة الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، على عينة قدرت ب 37 حالة، أن 46% يعانون من اضطرابات اكتئابية، وكان لديهم اضطراب اكتئابي في وقت مبكر من الحياة، و57% يعانون من أعراض اكتئابية.

أما دراسة **Montazeri et al (2001)** على عينة قدرت ب 56 امرأة مصابة بسرطان الثدي، فتوصلت إلى أن حالات الدراسة تعاني من 29% من القلق في بداية المرض، و2% بعده، وتعاني أيضا من 14% من الاكتئاب في بداية المرض، و0% بعده. **(Massi, 2004, p. p 62-64)**

ويمكن أن يُعْزى ظهور الاكتئاب لدى النساء المصابات بسرطان الثدي إلى ارتباط مفهوم السرطان بالموت وتأثيره على المعاش النفسي للمرأة ما يؤدي إلى حدوث مشاعر الخوف وسوء تقدير الذات، وسوء التكيف مع المرض، والتي تساهم بدورها في حدوث الاكتئاب. ويرتبط كذلك مفهوم سرطان الثدي بفقدان موضوع الحب (الثدي) وما يحمله من دلالات ومكانة رمزية فهو رمز للأنوثة والأمومة فالتهديد بفقدانه يؤدي إلى ظهور الاكتئاب.

الخاتمة

الخاتمة.

باعتبار سرطان الثدي من الأمراض الخطيرة التي تهدد حياة المرأة ولم تعرف أسبابه الحقيقية إلى حد اليوم، فهناك من يرجعه إلى أنه سيكوسوماتي، وهناك من يعزيه إلى الجانب الوراثي، وهناك من يرجعه إلى التقلبات الهرمونية لدى المرأة خاصة مع تقدمها في السن... أو الإصابة السابقة به وغيرها من الأسباب الكثيرة، لكن لا يوجد سبب محدد له، وعلى إثر ذلك لا يوجد علاج شاف تماما منه لأن احتمالية الانتكاسة قد تكون واردة خاصة إذا كان الورم خبيث.

ويعتبر سرطان الثدي من الأمراض واسعة الانتشار بين النساء بشكل رهيب خاصة في الآونة الأخيرة بأضعاف مضاعفة مقارنة بالرجال التي تكاد تكون نسبة الإصابة به لديهم نادرة. ويخلف بذلك تداعيات وآثار وألم شديد على المستوى النفسي للمرأة، فمجرد الإعلان عن الإصابة به يؤثر على المعاش النفسي لديها فيشكل صدمة نفسية تهدد اتزانها الانفعالي وتحدث نوع من الهشاشة النفسية لديها لتكون احتمالية إصابتها باضطرابات نفسية لاحقة خاصة الاكتئاب أمر وارد الحدوث.

وبناء على ما سبق، تناولت هذه الدراسة موضوع أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وذلك للكشف عن مدى تأثير الإعلان عن الإصابة به على الاستجابة الصدمية وظهور الاكتئاب لديها، وتوصلت النتائج إلى تحقيق فرضيات الدراسة المتمثلة في:

- يشكل الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي صدمة نفسية لدى المرأة.
- يمكن التنبؤ بظهور الحالة الاكتئابية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي من خلال استجابتها على استبيان تقييم الصدمةTraumaq .
- مستوى الاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي شديد.

التوصيات والمقترحات:

من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت مع فئة مريضات سرطان الثدي، وبمعرفة المعاناة النفسية والمعاش النفسي المؤلم لديهن، ومدى حساسية هذا المرض بالنسبة للمرأة خاصة وأنه يمس اتزان هويتها الأنثوية، لما يحمله الثدي من أنه عضو له مكانة رمزية بالنسبة لها، وبالخصوص مع نقص الوعي حول مفهوم المرض ودرجة تقبل المرأة له، وكذا مدى خطورته، ونقص الدعم النفسي وغيرها من العوامل التي تزيد من معاناة المرأة، تم وضع مجموعة من التوصيات المراد النظر إليها تمثلت في:

- القيام بجلسات دعم نفسي سواء فردياً أو جماعياً للمريضات من أجل تعزيز الثقة بالنفس والمساعدة في تحسين الحالة المزاجية.
- زيادة التوعية حول المرض والعلاج خاصة بما يحمله من آثار غير مرغوب فيها تظهر على المدى البعيد أو القريب بشكل خاص وتؤثر على الصحة الجسمية لتنعكس بدورها على الحالة النفسية بشكل كبير وتزيد من شدة المعاناة.
- تدريب المريضات على بعض التقنيات النفسية التي تساهم بشكل كبير في تخفيف المعاناة النفسية خاصة الاسترخاء العضلي والتنفسي .
- تقديم الدعم المادي للمرضى خاصة توفير النقل والمساعدات المادية الخاصة بتكاليف العلاج، أو توفير منحة خاصة بهم.
- لفت انتباه وزارة الصحة في توفير مراكز خاصة وأكثر أريحية لضمان الراحة أثناء العلاج .لفت انتباه المؤسسات والجمعيات الخيرية من أجل تقديم الدعم الفعلي وليس الوهمي لهاته الفئة.
- القيام بأنشطة ترفيهية وتوعوية في نفس الوقت للتخفيف من حزن المرضى.
- جعل الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي أو أي تطورات تخص المرض مهمة الاخصائي النفساني.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

ابن منظور. (1912). **لسان العرب**. القاهرة: دار المعارف للنشر والتوزيع.

أبو عيشة، زاهدة؛ وعبد الله، تيسير. (2012). **اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية**. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

إجلال، محمد سرى. (1990). **علم النفس العلاجي**. القاهرة: عالم الكتاب.

أحمد الزليطني، نجاة. (2016). نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية نظرية سكينر نموذجا. **المجلة الجامعة.18.**ص 33

إكرودشن بعلي، زاهية؛ وآيت مولود، ياسمينة؛ وبذة، نسيمة. (2020). سرطان البروتستانت التناول السيكوسوماتي الإدماجي التكاملي. **مجلة التربية والصحة النفسية. 2.** ص 114.

أمين عباس، عبير. (2015-2016). **أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين المقيمين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق**. رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم الارشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق: دمشق.

براهمية، جهاد؛ وبوشلالق، نادية. (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان. **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. 27.** ص 309-317.

بركات، محمد. (2019). **سيكولوجية البلطجة**. القاهرة: دار نيويورك للنشر والتوزيع.

بلحسيني، وردة. (2019). تشخيص الاكتئاب –كيف نفهمه من منظور DSM5-، **مجلة آفاق للبحوث والدراسات السداسية. 4.** ص 148-160.

بلوم، محمد؛ وقشي، سامية. (2017). إشكالية تشخيص الاكتئاب. **مجلة علوم الإنسان والمجتمع. 22**، ص 179-195.

بهتان، عبد القادر. (2021). الصدمة النفسية: تنظير لمفاهيمها واضطراباتها. **مجلة دراسات نفسية وتربوية.37.**ص 14.

بوحوش، عمار؛ والذنيبات، محمد محمود. (1995). **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحث**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

بوحوش، عمار؛ والذنيبات، محمد محمود. (2007). **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

بوزار، يوسف؛ وجعلاب، محمد الصالح. (2018). الاستجابة الاكتئابية والصدمية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نتيجة الإعلان عن التشخيص، **مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع. 8.** ص 139-156.

بوسكين، سليمة. (2008-2009**). التأثير الصدمي على الأم نتيجة الإعلان عن تشخيص اضطراب الإجترارية عند الطفل وامكانية عمل الحداد على صورة الطفل الهوامي**. رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة: الجزائر.

بيهرند، جينيفييف. (2015**). اكتشاف وإطلاق الطاقة الداخلية**. دمشق: دار رسلان للنشر والتوزيع.

تايلور، شيلي. (2008). **علم النفس الصحي**. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع.

قائمة المصادر والمراجع

تغزة، نوال. (2014). **الاكتئاب عند المرأة المطلقة حديثا وعلاجها**. رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2: الجزائر.

ثابت، حسين. (2017). **سرطان الثدي سؤال وجواب**. القاهرة: إبداع للنشر والتوزيع.

جبار، شهيدة. (2016). **الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري، إسهامات الروشاخ وال TAT مقاربة سيكودينامية،** أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الثنائية في علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي. قسم علم النفس والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2: الجزائر. جامعة باريس –ديكارت-

جمعة النجار، نبيل؛ والزغبي، ماجد راضي؛ جمعة النجار، فايز. (2009). **أساليب البحث العلمي منظور تطبيقي**. الأردن: دار مكتبة خامد.

جمعة، عفاف. (2020). **يوميات الغرفة 7023. رسائل الحب والألم**. القاهرة: دار النهضة للنشر والتوزيع.

جندل، محمد جاسم. (1971). **أمراض العصر**. بيروت: دار الكتب العلمية.

حاجوج، إلياس. (2006). **كيف يعمل جسم الإنسان هذا وأمراضه**. الرياض: مكتبة الكعيبان.

حافري، زهية غنية. (2020). خصوصية التوظيف العقلي لدى الفرد ذو التنظيم السيكوسوماتي حسب المقاربة السيكوسوماتية التحليلية لبيار مارتي. **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. 12**. ص ص 432 433

حامد عثمان، محمد سعد. (2010). **الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب**، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

الحمادي، أنور. (2017). **خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5**. بيروت: الدار العربية للعلوم.

الحمادي، أنور. (2021). **الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض ICD-11**. بيروت: الدار العربية للعلوم.

حمامدية، علي. (2015-2016). **التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن**. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد لمين دباغين: سطيف.

الحواجري، أحمد. (2003). **مدى فعالية برنامج ارشادي في التخفيف من اثار الصدمة النفسية لدى مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة**. رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية: غزة.

حيدر، جوهرة. (2018-2019). **أثار الصدمة النفسية لدى المرأة المعنفة المطلقة**. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر: بسكرة.

خشة، ديرني. (2018). **الأوديسة**. القاهرة: المصرية للنشر والتوزيع.

دايكسون، مايك. (2013**). سرطان الثدي**. الرياض: دار المؤلف للنشر والتوزيع.

الدسوقي، مجدي محمد. (2006). **اضطرابات صورة الجسم**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

روتر، جوليان. (1971). **علم النفس الإكلينيكي**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

زردوم، خديجة. (2017-2018)**. الصدمة النفسية لدى الأطفال ضحايا العنف الجنسي**. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة: باتنة.

قائمة المصادر والمراجع

زعقار، فتحي. (2013). الاكتئاب مرض العصر (أساليب تشخيصه والوقاية منه وعلاجه). **مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. 02.** ص 8-24.

زقار، رضوان؛ وزقور، عواطف. (2019). الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM 5) (أبعاد وحدود). **مجلة أفاق علمية.11.** ص 677-678.

زكراوي، حسينة. (2019). كرونولوجيا سرطان الثدي: تداعيات الصدمة، خصوصية المعاش النفسي، مآل المرض. **مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع. 02.** ص 100-116.

سرحان، وليد؛ والخطيب، جمال؛ الحباشنة، محمد. (2008). **سلوكيات الاكتئاب**. عمان: دار مجدلاوي.

سليمان عبد الواحد، إبراهيم. (2014). **الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية**، عمان: مؤسسة الوراق.

سوسن شاكر، مجيد. (2015). **اضطرابات الشخصية –أنماطها وقياسها**. عمان: دار صفاء للنشر.

شادلي، عبد الرحيم. (2016-2017). **انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف**. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر: بسكرة.

شدمي، رشيدة. (2014-2015). **واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي**. أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد: تلمسان.

الشربيني، لطفي. (2001). **الاكتئاب –المرض والعلاج**-. الإسكندرية: منشأة المعارف.

شينار، سامية؛ وبولحبال، أية. (2015). المشكلات النفسية التي تصاحب سرطان الثدي. **مجلة المداد**. ص76

صادق، يسرية؛ والشربيني، زكرياء. (2018). **مقتطفات من علم النفس في الحروب والكوارث**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الطراونة، زيد. (2010). **الاكتئاب –أسبابه، أعراضه، أنواعه، طرق علاجه**-. عمان: دار الطريق.

طه، فرج عبد القادر. (1989). **معجم التحليل النفسي**. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

عامر، نورة؛ وجلول أحمد. (2020). مظاهر الاكتئاب عند المرأة المصابة بالسرطان. **مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 04.** ص 64-74.

عبد الباقي إبراهيم، علا. (2009). **الاكتئاب –أنواعه، أعراضه، أسبابه، وطرق علاجه والوقاية منه.** القاهرة: عالم الكتب.

عبد الحميد، أبو زيد مدحت محمد. (2008). **الاكتئاب –دراسة في السيكوباثومتري**-. دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.

عبد الستار، إبراهيم. (2007). **الاكتئاب والكدر –فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي-نفسي**-. دار الكاتب: القاهرة.

عبد الستار، إبراهيم. (2008). **الاكتئاب –اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**-. دار الكاتب: القاهرة.

عبد النبي، محمد سيد. (2020). **التغذية العلاجية**. الجيزة: وكالة الصحافة العربية للنشر.

عبوين، سميرة. (2021). الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي. **الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. 01.** ص 153-165.

عبيدات، ذوقان؛ وكايد، عبد الحق؛ وعدس، عبد الرحمن. (2009). **البحث العلمي-مفهومه وأدواته وأساليبه**-. عمان: دار الفكر.

قائمة المصادر والمراجع

عتيق، نبيلة. (2012-2013). **واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بتقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR).** رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة فرحات عباس: سطيف.

عروج، فضيلة. (2017-2018). **دراسة نفسية عياديه لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان.** أطروحة دكتوراه غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي: أم البواقي.

عزاوي، مصعب قاسم. (2021). **أساسيات الوقاية من سرطان الثدي**. لندن: الدار الأكاديمية للنشر والتوزيع.

العزة، سعد حسني. (2001). **الإرشاد النفسي أساليبه وفنياته**. عمان: الدار العلمية الدولية ودار الثقافة.

عزت، رفعت محرم محمد مصطفى. (2021). التعرض للمواقع الإلكترونية الإخبارية وعلاقته بحالة المزاج العام لدى الشباب الجامعي البحريني). **مجلة البحوث العلمية. 56.** ص 1232-1276.

عسكر، عبد الله. (2001). **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عوض، حازم. (2018). **الأمراض النفسية العدو الأول للإنسان العصري.** القاهرة: وكالة الصحافة العربية للنشر والتوزيع.

عويضة، كامل محمد محمد. (1992). **مدخل إلى علم النفس**. بيروت: دار الكتب العلمية.

غراب، هشام أحمد. (2014). **الصحة النفسية للطفل.** بيروت: دار الكتاب العلمية.

غربي، أمال. (2008-2009). **علاقة استراتيجيات التعامل والاكتئاب بمدة المرض لدى المصابين بالربو.** مذكرة ماجيستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي. قسم علم النفس والأرطوفونيا وعلوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.

غريب، عبد الفتاح غريب. (2005). **دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية**. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

غريب، عبد الفتاح غريب. (2007). الاضطرابات الاكتئابية التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس. **المجلة الرسمية للدراسات النفسية. 57.** ص 93-97.

غولدبرغ، لين؛ إليوت، دايان. (2002). **أثر التمارين الرياضية في الشفاء**. الرياض: العبيكان.

فضل، صلاح. **الإلياذة والأوديسية**. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

قاسم، محمد. (2003). **المدخل إلى مناهج البحث العلمي**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

كتكت، حسن عبد الفتاح. (2008). **آيات الرحمن ودورها في شفاء الإنسان من مرض السرطان**. القاهرة: دار الكتاب الثقافي.

كوام، مكنزي. ت: منعم، زينب. (2013). **الاكتئاب**. الرياض: دار المؤلف.

لكحل وذنو، هدى. (2013-2014). **الصدمة النفسية عند ضحايا الصدمة الدماغية**. مذكرة ماجيستر غير منشورة. قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية. جامعة: سطيف.

اللودعي، تمام محمد. (2016). **الجينات البشرية وتطبيقاتها: دراسة فقهية مقارنة**. بيروت: المعهد العالمي للفكر الإسلامي.

لويس كامل، مليكة. (1990). **العلاج المعرفي السلوكي وتعديل السلوك**. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

ليهي، آنا. (2017). **الأورام**. القاهرة: مؤسسة هنداوي.

الماحي، زوبيدة. (2018). المعاش النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي بالجزائر. **المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية.2.** ص 10-27.

محرز، نسيمة. (2019). **الاغتراب النفسي وعلاقته بالاكتئاب لدى المرأة العاملة المتزوجة**. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس. قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف: المسيلة

محمد آل علي، مريم. (2014). **الصحة النفسية للعاملين الجنائيين وانعكاسها على العمل الجنائي**. الشارقة: مركز بحوث الشارقة.

مزياني، سعاد. (2019-2020). **أثر التكفل النفسي على المراهقين المصدوبن نفسيا**. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس المرضي قسم العلوم الاجتماعية. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي: أم البواقي.

معمرية، بشير. (2007). العوامل النفسية في مرض السرطان. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية.16**. ص 130-135.

معمرية، بشير. (2010). تقنين قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية .25-26**. ص 92-105.

المكاحلة، سمير علي. (2021). **عشيرة المكاحلة في الأردن... تاريخ وتنظيم اجتماعي**. عمان: شركة الآن.

ملحم، محمد سامي. (2006). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

المليجي، حلمي. (2001). **مناهج البحث في علم النفس**. بيروت: دار النهضة العربية.

منصور، زينب. (2010). **معجم الأمراض وعلاجها**. عمان: دار أسامة.

منصوري، ليلى. (2020-2021). **الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي وعلاقتها بالمساندة الأسرية**. رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة محمد بن أحمد: الجزائر.

منصوري، ليلى؛ وجلطي، بشير. (2022). الصدمة النفسية للمرأة المصابة بسرطان الثدي. **مجلة دراسات إنسانية واجتماعية. 11.** ص 273-288.

الموصلي، مظفر أحمد؛ وقاسم الحيالي، فاطمة. (2016). **العلاج الكيميائي والنباتي لمرضى السرطان**. عمان: دار اليازوري.

موقار، أمنة. (2011-2012)**. الألم المزمن كمعاش صدمي لدى مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة**. رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة فرحات عباس: سطيف.

نجادي، رقية. (2009-2010). **النرجسية والجراحة التجميلية لدى المرأة**. رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم علم النفس والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة: الجزائر.

نوار، عادل محمد عبد الحليم. (2016). **المقارنة بين درجتي الإصابة البسيطة والمتوسطة على متغيري الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان**. القاهرة. ص 1-11.

النوبي، محمد علي محمد. (2012). **الاكتئاب لدى المسنين –الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل-**.عمان: دار صفاء.

قائمة المصادر والمراجع

ويس راضية. (2005-2006). **آثار صدمة الاغتصاب على المرأة.** رسالة ماجيستير غير منشورة. قسم علم النفس. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري: قسنطينة.

المراجع باللغة الأجنبية:

Aberzio, C. (2002). **La psychologie clinique en dialogue débat et enjeux**. Paris: Berial.

Ackerman, A., & Puglisi, B. (2017). **The Emotional Wound Thesaurus: A Writer's Guide to Psychological Trauma.** : JADD Publishing. United states of America.

Ainsworth, P. (2000). **Understanding depression**. Mississipi: UNIVERSITY PRESS OF MISSISSIPI.

Alexandre Fournier, C. (2010). **S'engager dans la vie religieuse**. Genève : Labor et Fide.

Aljendi, N. (2015). **Traumatisme psychique et symbolisation**. Thèse de doctorat en
American Cancer society. (2021). **Breast Cancer Risk and Prevention**. : American Cancer society.

Andrews, R. (2021). **L'intelligence émotionnelle:** Independently published.
Angladette, L., & Consoli, M. (2004). Deuil normal et pathologique**. LA REVUE DU PRATICIEN. 54**. p 913.

ARC. (2020). **Les cancer de sein**. Paris : LA FONDATION ARC POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER.

Azouvi, P., & Azouvi, C., & Aubin, G. **Traumatismes cranio-cérébraux**. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Bacqué. M. (2009). **La force du lien face au cancer**. Paris : Odile Jacob.

Ballas, V., & Semwal, V., & Khandar, A. (2021). **Intelligent Computing and Networking: Proceedings of IC-ICN 2021.** New York: Springer.
Barziali.S. (1999). **Lacan and the matter of origins.** United States: Stanford University Press.

Batia, J., & Rachel, L. (2013). **The Sensory Profile of People with Post-Traumatic Stress Symptoms**. Routledge Taylor & Francis group. 41. p68-69.

Bensmaili, L. (2019). Perspective historique du traumatisme psychique**. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية.03** p07.

Bergeret, F. (2012). **Le rorschach en clinique de la dépression de l'adulte -17 cas cliniques** Paris : DUNOD.

Bernard, B. (2013). **Au-delà de la névrose**. Paris : DUNOD.

Bernd, H. (2008). **LE PRECIS DE LEADERSHIP MILITAIRE**. Toronto: Dundurn Group Ltd.

Bertalanffy, V. (2013).The History and Statute of General Systems theory. **Academy of Management. 15**. p 411.

Bhowmik, D., & All (2012). Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies. **The pharma innovation. 2**. p 41- 55.

Blackburn, I (2008). **Psychothérapie cognitive de la dépression**. Paris: ELSEVIER MASSON.

Blatt, S. (2014). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. **Journal of the American Psychoanalytic Association**. **1**. P 724-752.

Bond, S., & Belleville, S., & Guay, S. (2019). **Les troubles liés aux événements traumatiques**. Québec : Université Laval.

Bordet, R. (2004). Neuroleptiques ou antipsychotiques ? Typiques ou atypiques ? **La Lettre du Pharmacologue. 18** .p 82-85.

Bourgeois, M. (2006). Les troubles de l'humeur. Paris : Presse Universitaire de France.

Braconnier, B., &, Golse, B. (2010). **Dépression du bébé, dépression de l'adolescent**. Toulouse : ERES Edition.

Breast Cancer Now. (2020). **INFLAMMATORY BREAST CANCER**. London: Patient Information Forum.

Brillon, S., & Marchand, S., & Randolph, S. (2013). modèles comportementaux et cognitifs du troubles de stresse post traumatique. **Santé mentale au Québec. 10**. p133.

Brizon, H. (1995). **PROFESSION AIDE-SOIGNANT**. Paris : Heure de France.

Broca, P. (1888). **Mémoires d'anthropologie**. Paris : C. REINWALD.

Brochet, B. (2019). **La sclérose en plaques.** Montrouge**:** John Libbey.

Bzttevy, F., & Dufranc, C., & Hofmann, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic: point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. **RISQUES & QUALITÉ. 2**. p69.

Cabrol, G., & Durieux, M., & Parat, H. (2012). **La dépression –éclipse d'éros ou triomphe de thanatos** Paris : Presses Universitaires De France.

Calamot, E. (2011). **L'informité du traumatisme**. Département de psychologie et psychopathologie clinique. Université Lumière Lyon2: France.

Calvaris, M., & Autres. (2015). Trahison et changement Broché. Paris: ESA éditions.

Cardozo, C. (1977). Behavior modification of depression. A review of theories and research, **University of central Florida. STARS. 351.** http://stars.library.ucf.edu/rtd/351.

Chabert, C (2019). **Les névroses –traité de psychopathologie de l'adulte**. . Paris : DUNOD.

Chabert, C,. & Estelle L,. & François, D. (2017). **Dépressions extrêmes-Approche psychanalytique et projective**. Paris: DUNOD.

Chabert, C. (2004**). La dépression de la vie .**Paris : Presses Universitaires de France.

Chabert, C. (2013). **Narcissisme et dépression -Traité de psychologie de l'adulte.** Paris: DUNOD.

Chabrol, H. (2005). LES MÉCANISMES DE DÉFENSE. **Cairn info**. 82. p35.

Chagnon, J. (2006). Le masochisme dans les travaux psychanalytique français : Un sujet (dé) battu, psychologie clinique et projective**. Cairn info. 12** .P7 – 67.

Chanez, O., & Lemitre,E. (2004). **La Vie N'est Pas Une Tartine de M…**Paris: LE MANUSCRIT.

Charles, R., & Figley, P. (1985). **Trauma and Its Wake**. Bristol: Routledge.

Chaumet, H. (2019).**Cancer du sein et de l'ovaire Une histoire de Famille**. Bruxelle: Edition Mardaga.

Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psycho trauma. Stress et trauma. Considérations historique. **Revue annales médico-psychologiques** ,168 .p 312-315.

Chiland, C. (1983). **L'entretien clinique**. France : Presses Universitaires de France.

Claro, I. (1979). **Dépression –causes, conséquences et traitement.** São Paulo: Clarim.

Clervoy, P. (2016). **Traumtismes et blessures psychiques.** Paris: La voisier.

Colette, R & Michael, B. (2013). **Psychological Aspects of Early Breast Cancer (Contributions to Psychology and Medicine).** New York: Springer-Verlag.

Compagnone, P. (2010). Le génogramme : et si on le remettait à l'endroit… **Martin Média** « le journale des psychologues », 8n°281, pages 18-22.

Corine, A., & Faustine, V., & Benoit, M. (2015). **Bien vivre auprès d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer**. Louvain-la-Neuve.

Coutanceau, R., & Smith, J., & Lemitre, L. (2012).**Trauma et résilience: Victimes et autres**. Paris: DUNOD.

Craft, D. (2020). PTSD Recovery: **16 Strategies For Dealing With PTSD Symptoms And Regaining Emotional Balance**: Craft David.

Croq, L. (2013). **Traumatismes psychique Prise en charge psychologique des victimes**. Paris: Elsevier Masson.

Cutuli, B,. & Lafontan, B. (2004). **La radiothérapie dans le traitement des cancers du sein. Revenu La Lettre du Sénologue. 01.** p 04-06

Daelene, C,. & Al. (2002). **Pastoral Care for Post-Traumatic Stress Disorder: Healing the Shattered Soul**. New York: Routledge.

Damiani, C., & M. Pereira-Fradin. (2006). **Questionnaire d'évaluation du traumatisme Traumaq,** Paris : les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

Dany, L,. & Apostolodis, T. (2009). Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale. **Psycho-Oncologie. 19.** p101-104.

Dauchy, S,. & Reich, S,. & Dolbeault, M. (2015). Depression in cancer patients. **EJC SUPPLEMENTS review. 57.** p 305-309.

De Soir. E ; Vemeiren. E. (2002). **Les debriefings psychologiques en question**…Garant:
Delage, M., & Curlynik,B.(2010**). Famille et résilience**.Paris : ODILE JACOB.

Denise,M.(2012). **The Oxford Handbook of Evidence-based Management.** .Royaume-Uni: Oxford University Press.

Diéras,V., Et autres.(2010). Cancers du sein triple-négatifs Triple negative breast cancers. **La Lettre du Cancérologue .6 .**p394.

Dolbeault, D,. & autre. (2007). **La psycho-oncologie**. Paris: John Libbey.

Dumet, N., & Broyer, G. (2002). **Cliniques du corps**. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, (2002)**. Comprendre l'échographie mammaire**. Paris : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.

Fischer, G., & Tarquini, C., & Dodeler, V. (2020). **Les bases de la psychologie de la santé**. Paris : DUNOD.

Fondation arc pour la recherche sur le cancer. (2015). **LES SARCOMES DES TISSUS MOUS ET DES VISCÈRES.** Paris : Pefc Edition.

Freud, A. (2000). **A View of Development, Disturbance and Therapeutic Techniques by Rose Edgcumbe**. London: Routledge.

Freud, S. (2004). **Deuil et mélancolie -extrait de métapsychologie**. Louvain-la-Neuve : De

Boeck Stéphane, G,. & André, M. (2006). **Les approches théoriques comportementales du trauma.** Canada: Presses de université Laval.

Gatard, M. (1992). **Hachette le dictionnaire du français-60000 mots-**, ENAG (1993) : Reghaia-Algérie.

Gendron, C,. & Carrier, M. (1997).**LA MORT CONDITION DE LA VIE**. Québec: Université du Québec.

Goudemand, M. (2010). **Les états dépressifs**, LAVOISIER : Paris-France.

Granger, B. (2002). **La psychiatrie aujourd'hui du diagnostic au traitement**. Paris : Odile Jacob édition.

Granjon, E. (2012). **COMPRENDRE LA SYMBOLIQUE ALCHIMIQUE.** Québec : Presses de l'Université Laval.

Guida, D. (2006).**POST TRAUMATIC STRESS**. New York: Nova Science Publisher.

Hale, W. (1976). A social learning analysis of depression**. University of Massachusetts Amhers. 1.**

Hegel, M., & Al. (2006). Distress, Psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. **American cancer society**.**12.** p 2924-2931.

Hofmann, A. (2005). **EMDR Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome**. Stuttgart: Thieme.

Hopper, E. (2003). **Traumatic Experience in the Unconscious Life of Groups.** London : Jessica Kingsley Publishers.

Horassius, N., & Mazet, P. (2004). **Conséquences des maltraitances sexuelles : Reconnaître - Soigner - Prévenir**. Montrouge : John Libbey.

Horteloup, D. (1872). **Des tumeurs du sein chez l'homme.** Paris : Hachette Livre BNF.
Josse, E. (2014). Le traumatisme psychique chez l'adulte. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Kabouri, K. (2019). **Les troubles anxieux et dépressifs chez les parents d'enfants atteints de cancer.** Thèse de docteur en médecine. Faculté de médecine : Marrakche.

Kahan, Z,. & Tot, T. (2011). **Breast Cancer, a Heterogeneous Disease Entity: The Very Early Stages.** New York: Springer.

Katy, L. (2009) .**Processus traumatiques**. Paris: Elsevier Masson.

Kedia, M, & Sabouraud, S. (2020). **Psychotraumatologie**. Paris : DUNOD.

Kelly, K & all. (2001)**. Breast Cancer**. New York: Springer-Verlag edition.

Killer, P. (2016). **La dépression.** Paris: Que sais-je? Edition.

Kousan, S,. & Gursoy, A.(2016). Body Image of Women with Breast Cancer after Mastectomy: **A Qualitative Research. Journal of Breast Health.143**. p p 145 146.

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER. (2007). **Comprendre le cancer du sein**. La France.

Lanuis, L., & Paulsen, F., & Corrigan, M. (2014)**. Neurobiology and treatment of Traumatic Dissociation**. New York: Springer Publishing Company.

Laplanche, J. & Pontalis, B. (1981).**Vocabulaire de psychanalyse**. Paris : Presses Universitaire de France.

Launet, M,. & Peres-court, C,. (2018). **L'intelligence émotionnelle**. Paris : DUNOD.

Laurence, B., & Reniers, D. (2021). **Mini manuel psychologie clinique**. Paris: DUNOD.

Lebigot, F. (2021).**Traiter les traumatismes psychique**. Paris : DUNOD.

Ligue contre cancer**. Le cancer de sein** .**b**erne : Ligue suisse contre le cancer. Paris : Elsevier Masson.

Lopez, G. (2002). **Psychothérapie des victimes**. Paris : DUNOD.

Luminette, O. (2008)**. Psychologie des émotions**. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Manoudi, F., & al. (2010). Les troubles dépressifs chez les patients atteintes de cancer .**Psycho-On col**. **4**. p 13-20.

Mareau, A, & C. Dreyfus. (2004).**L'indispensable de la psychologie**. France : Studyrama.

Mareau, C,. & Sahuc, C. (2006). **La sexualité chez l'enfant et l'adolescent**. France : Studyrama**.**

Martinet, J,. & Houdebine, L. (1993**). Biologie de la lactation**. Verseille: Inra Édition.

Martini, M. (2008) .**Esthétique Cosmétique.** Paris : Elsevier Masson.

Marzena, K. (2015). Breast cancer risk factor. **Review paper. 14**. p197.

Massi, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. **Journal of the National Cancer institute Monographs**. 32. P 57-71.

Mendelwicz, J. (2007). **La dépression -un mal de vivre.** Paris : EDITIONS DU SEUIL.

Mid Hospital Regional Western. (2001). **زيارة عيادة تشخيص أمراض الثدي.** Limerick : National Cancer Control Programme.

Midgley, N. (2013). **Reading Anna Freud.** London : Roulade.

Mirabel-Sarron, C. (2021). **Apprendre à soigner les dépressions**. Paris : DUNOD.

Mitola, P. (2015). Breast cancer risk factors**.** **Menopausal Review**. **178**. p197.

Monbourquette, J,. & Aspremont,I. **Excusez-moi je suis en deuil**….Paris : Novalis.

Morgane, W. (2011). **Depression**, USA: Twenty-first century books.

Muller, C,. & Gassier, j. (2021). **Guide Aide-soignant**. Paris : Elsevier Masson.

Naudin, D,. & Margat, A,. & Rolland, G. (2016). **GUIDE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE**. Paris: Elsevier Masson.

Nguyen, N. (2015**). Essentiels 18000 mots Dictionnaire Médical en français:** Kindle Edition.

Nicolas, S. (2020**). Psychopathologie du traumatisme psychique et enjeux cliniques entre repetition, perversion et sublimation.** Thèse de doctorat de psychologie. Département de psychologie clinique. France : Université de Paris.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales. (2015). الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية **والاضطراب المجهد ما بعد الصدمة.** Stuttgart: Ethno-medezinichisme zentrun.

Nova Scotia. (2015). **Recognizing and responding to the effects of trauma.** Canada: Health and Social Service Providers.

Ogden, J. (2018**). Psychologie de la santé.** Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Osuch, J,. & all. (2004). Clinical Breast Examination: Practical Recommendations for Optimizing Performance and Reporting. **A Cancer Journal for Clinicians. 54**. p327.

Palazzolo, J. (2006). **Petit précis de psychologie positive. Paris** : Connaissances & Savoirs.

Palazzolo, J. (2007). **Dépression et anxiété –mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge**. Paris : Elsevier Masson.

Parker, C. (2015**). Management of Breast Cancer, an Issue of Surgical Clinics. Paris :** Elsevier Masson.

Payen, V. (2011). **Motivation d'approche et d'évitement : effets psychophysiologiques de la couleur rouge sur les processus cognitifs et moteurs**. Thèse pour l'obtention d'un doctorat en psychologie. ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES DU MOUVEMENT HUMAIN. Université du sud de la France : La France.

Pedinielli, J., & Bernoussi, A. (2008). **Les états dépressifs**. Paris : ARMAN COLIN.

Perquier, F. (2014). **Facteurs hormonaux et anthropométrique à la dépression chez la femme en post-ménopause : résultats de la cohorte E3N**. Thèse de doctorat en psychologie. Département de psychologie. Université de Paris : France.

Pharmacology University. (2015). **القنب في علاج القلق:** Pharmacology University.

Piérre, A. (2006). **Psychiatrie de l'adulte**. Paris : Heure de France.

Porret, J. (2008). Les narcissismes : Perspectives freudiennes et postfreudiennes (Psychanalyse et civilisations). Paris : L'HARMATTAN.

Portelli, S. (2011). **Pourquoi la torture.** Paris: Vrin.

Psychologie. Département de psychologie. Université Lumière Lyon2 : France.

Purushotham. A., & al. (2013). Cancer and mental health—a clinical and research unmet need**, Elsevier Masson. 24.** p 2274-2278.

Reiche, E., & Nune, S,. & Morimoto, H. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. **the lancet oncology Review.5**. p 617-625.

Reyondels, R & Feltcher-Janzen, E. (2002). **Concise Encyclopedia of Special Education**. Hobken: John Wiely & Sons, Inc.

Rodrigues, D. (2019). RISK FACTORS RELATED TO BREAST CANCER DEVELOPMENT. **Mastolgy Review. 4**. p221.

Rosenberg, R. (2013). **The Human Magnet Syndrome: Why We Love People Who Hurt Us.** United States of America: Ross Rosenberg edition.

Rougier, Y. (2010). **Delta Medicine: Natural Therapies for the Five Functions of Cellular Health by Yann Rougier M. D**. Manchester: Healing Arts Press.

Roussilon, R., & autres. (2007) .**Manuel de psychologie et psychopatologie clinical général.** Paris: Elselvier masson.

Roux, M. (2013). **Fibroadénome géant chez l'adolescente et influence hormonale.** Thèse de doctorat en médecine. Département de médecine. Université Paris 7 : France.

Royer, C., & Guillemette, F., & Moreau, J. (2005). L'instrumentation dans la collecte des données**. La recherche qualitative. 2.** p5.

Saglier, J. (2013). **La Femme et le Cancer du sein**. Strasbourg: Odile Jacob.

Salter, A. (1995). **Transforming Trauma a Guide to Understanding and Treating Adult Survivors of Child Sexual Abuse.** New York : SAGE Publications.

SchÜtzenberger, A. (1999). **Aïe, mes aïeux**. Bruge: Desclée de Brouwer.

Shannon, E. (2016). Childhood Trauma. **A Comprehensive Review of Effects, Assessments, and Treatments.1** .p15.

Sukartini, I,. & Sari, y. (2021). WOMEN WITH BREAST CANCER LIVING WITH ONE BREAST AFTER A MASTECTOMY. **Central European journal Nursing and Midwifery. 12.** p368.

Sun, Y & al. (2017). Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. **International Journal of Biolgical Sciences. 13.** p 1391.

Trickett, S. (2013). **Comment se débarrasser de l'anxiété et de la dépression**. Paris: Editions Leduc.

Trifu, S,. & Racula, Z. (2013**). Theories of attachment -key-concepts and applicable remodeling in psychoanalytic therapy.**

Trost, O,. & Trouillloud, P. (2020**). Introduction à l'anatomie.** Paris : Ellipes édition.

Trouvé, A (2004). **LE ROMAN DE LA LECTURE**. Sprimont : Pierre Mardaga.

Velpeau, A,. & Béraud, J. (1862). **Manuel d'anatomie chirurgicale, général et topographique**. Paris: Germer baliiiére libraire.

Winnicott, D. & al. (1967-1968). **The collected work of D.W.WINNICOTT.** England: Oxford.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المواقع:

http://www.depistagesein.ca/wp-content/uploads/2020/09/Canal-normal_CCIS_CCI_VF2020_Titre.jpg

http://www.france24.com

http://www.jbcp.jo/ar/understandingbreastcancer/33
https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2021/10/7

http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/breats-cancer.com

http://www/alaraby.co.uk.com

https://atlas-know.com

https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2517763-serotonine-hormone-bonheur- role-taux.

https://studylibfr.com/doc/4629767/du-canal-normal-au-cancer---programme-qu

https://tebelyoum.net/7417/6-signs-need-medical-examination-cancer-breast /

https://www.alarabiya.net/medicine-and-health /2018/08/12

https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein.

https://www.ibelieveinsci.com

https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fonctions végétatives.com.

https://www.plateformepsylux.be/glossary/decompensation-psychique/#:~:text=La%20d%C3%A9compensation-psychique.com.

https://www.reflexions.uliege.be/cms/c_409339/fr/le-cancer-une-maladie-du-siecle-souvent-imputable-a-notre-mode-de-vie.

https://www.who.int/ar/news/item/02-07-1438--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health. منظمة الصحة العالمية 2017 بيان للصحفي جنيف

https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer.

www.googletrends.com.

https://www.alarabiya.net/medicine-and-health /2018/08/12

https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

قائمة الملاحق

الملحق 1: دليل المقابلة.

المقابلة التمهيدية:

دليل المقابلة التمهيدية:

المحور الأول: تقديم موضوع الدراسة والحصول على موافقة الحالة.

أهداف المقابلة:

- شرح موضوع الدراسة.
- التأكيد على سرية النتائج.
- الحصول على موافقة الحالة لأجراء الدراسة.
- الاتفاق على جدول سير المقابلات
- تبيين الهدف من الدراسة.

الأسئلة:

- السلام عليكم ورحمة الله! كيف الحال؟
- وعليكم السلام... الحمد لله
- نحن طالبان سنة ثانية ماستر علم النفس العيادي بصدد اعداد مذكرة حول أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى مرضى سرطان الثدي فهل يمكن أن نقدم لك توضيحات أكثر؟
- يجب أن تعرفي أن نتائج بحثنا هذا لا تخدم أي جهة معينة بل هو بحث أكاديمي وعليك أن تطمئني على سرية النتائج فهل يمكننا القيام بمقابلة معك إن أمكن؟
- بحثنا يستلزم القيام بعدد معين من المقابلات فهل يمكننا ذلك؟

المحور الثاني: الاتفاق على جدول سير المقابلات.

- قد علمنا من الأخصائية النفسانية اختلاف مواعيد إجراء العلاج الكيميائي من أسبوع الى 3 أسابيع فهل يمكنك إخبارنا عن المدة بين العلاج والعلاج المحددة لك لتسهيل مواعيد المقابلة؟
- 21 يوم.

المقابلة الثانية: عرض الحالة وتاريخها.

أهداف المقابلة

- جمع معلومات شخصية عن الحالة.
- جمع معلومات عن تاريخ الحالة.

- جمع معلومات عن سيرورة نموه.
- جمع معلومات عن التنشئة الاجتماعية للحالة.
- جمع معلومات عن السوابق المرضية والاسرية

دليل المقابلة الثانية

المحور الأول: المعلومات الأساسية عن الحالة

في إطار مقابلة اليوم يجب ان تخبرينا ببعض البيانات الأساسية

الاسم:

اللقب:

السن:

مكان الميلاد:

مكان الإقامة:

الحالة الاجتماعية:

الوضع الاقتصادي:

عدد الإخوة:

ترتيب الميلاد:
الوضع العائلي:

المستوى التعليمي:

المهنة:

الحالة الصحية:

السوابق المرضية الشخصية:

التاريخ الاستشفائي:

التاريخ النفسي.

السوابق الاسرية المرضية:

المحور الثاني: التاريخ الشخصي خلال مرحلة الطفولة.

تعتبر مرحلة الطفولة مهمة جدا في علم النفس لهذا سنطرح عليك مجموعة من الأسئلة حول مرحلة الطفولة بدء من الميلاد.

1) في أي عام ولدت وكيف كانت الولادة والرضاعة؟
2) كم عدد اخوتك وما هو ترتيبك؟
3) هل نشأت مع اسرتك الطبيعية؟
4) متى دخلتي للمدرسة وهل تملكين أي شيء تريدين الحديث عليه بخصوص المدرسة؟
5) هل تعرضي لأحداث صادمة خلال مرحلة الطفولة وما طبيعتها؟

المحور الثالث: التاريخ الشخصي خلال مرحلة المراهقة.

1) كيف قضيتي فترة المراهقة وما هي أبرز الحوادث التي مررت بها؟
2) هل وجدت مشاكل في التكيف؟
3) خلال فترة المراهقة هل عانيت من مشاكل مع والديك؟

المحور الرابع: التاريخ الشخصي خلال مرحلة الرشد؟

1) متى تخرجتي من الجامعة؟
2) متى تزوجتي وكم تمتلكين من الأولاد؟
3) هل تعانين من أي مشاكل في الحياة الزوجية؟
4) هل تعانين من أي مشاكل في الحياة المهنية؟

المحور الخامس: التاريخ الطبي الشخصي والاسري

1) هل تعانين من أي مرض مزمن؟
2) هل سبق لكي الدخول في وضع استشفائي او اجراء عملية؟
3) هل سبق لكي التعرض لمشاكل نفسية وزيارة اخصائي نفسي؟
4) هل يعاني أحد افراد اسرتك من مرض مزمن؟
5) هل يعاني أحد أفراد الاسرة من مرض السرطان؟

المحور السادس: البيئة والتاريخ التعليمي والمهني

1) كيف كانت علاقاتك مع الاقران والمعلم؟
2) ما هي أبرز التغيرات التي مررت بها في بيئتك؟

3) كيف كان وضعكم الاقتصادي في الاسرة قبل الزواج؟

المقابلة الثالثة: الصدمة النفسية

الأهداف:

- التأكد من وجود الصدمة النفسية.
- تقييم مستوى الصدمة النفسية.
- تحديد متلازمات ما بعد الصدمة.

دليل المقابلة الثالثة:

المحور الأول: الصدمات السابقة.

1) نريد التأكد من أننا لدينا صورة كاملة لتجربتك مع الصدمات على مدى حياتك.
2) هل مررت بتجارب سابقة كنت تخشين فيها على حياتك أو حياة الآخرين؟
3) هل تعرضت لأي حدث جسدي او جنسي؟
4) هل يوجد حدث سبب لك صدمة قبل الإصابة بمرض السرطان؟

المحور الثاني: صدمة السرطان.

1) كيف عرفت خبر اصابتك بالسرطان؟
2) كيف تلقيت خبر الإصابة بسرطان الثدي؟
3) هل اعتبرت الامر مفاجئ؟
4) ما هي أبرز ردود الفعل التي قمت بها؟
5) هل شعرتي بمشاعر الشعور بالذنب عند تلقيك الخبر؟

المحور الثالث: إعادة معايشة الحدث الصدمي.

1) هل تشعرين بصدمة الإعلان عن مرض السرطان عندما تتذكرينه؟
2) هل تملكين أحلام وكوابيس متكررة حول لحظة الإعلان عن مرض السرطان؟
3) هل ينتابك القلق حين تذكر الإصابة بمرض السرطان؟
4) هل تشعرين بالرعب عند تذكر اصابتك بمرض السرطان؟
5) هل تقومين بالبكاء عند تذكر اصابتك بمرض السرطان؟

المحور الرابع: تجنب الحدث الصدمي.

1) هل تبذلين مجهودا من أجل عدم تذكر الحدث الصدمي؟
2) هل تقومين بأنشطة لتجنب الحدث الصدمي؟
3) هل لاحظتي تغير في الأداء المهني والاجتماعي منذ اصابتك بالسرطان.

المحور الخامس: الصدمة والاكتئاب.

1) حسب تجربتك وما ممر عليك، هل تعتقدين أن تعرضك للصدمة بسبب مرضك بالسرطان وبعد مرور فترة زمنية أثرت على حالتك النفسية وتغيرت على كانت عليه؟ وكيف أصبحت؟
2) هل تعتقدين أنك لو لم تنصدمي وتقبلتي خبر المرض بشكل عادي لما تغيرت حالتك النفسية؟

المحور السادس: تطبيق استبيان تقييم الصدمة TRAUMAQ

المقابلة الرابعة: الاكتئاب.

الأهداف:

- التأكد من وجود الاكتئاب.
- تقييم مستوى الاكتئاب

دليل المقابلة الرابعة:

المحور الأول: العلاقات الاجتماعية.

1) هل أصبحت تفضلين العزلة بعد إصابتك بالسرطان؟
2) هل تفضلين البقاء في المنزل بدلا من الاندماج مع الآخرين؟
3) هل تميلين إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين؟
4) كيف أصبحت علاقتك مع عائلتك منذ أن علمت بمرضك؟
5) هل يدعمونك نفسيا ويرفعون من معنوياتك؟

المحور الثاني: الحالة النفسية والمعرفية.

1) كيف هي نظرتك نحو العالم؟
2) كيف هي نظرتك نحو ذاتك؟
3) كيف هي نظرتك للمستقبل؟
4) هل لديك أفكار انتحارية؟

5) هل لديك أفكار متكررة حول الموت؟
6) هل لديك مشاكل في التركيز واتخاذ القرارات؟

المحور الثالث: الانفعالات والمزاج.

1) كيف هي مشاعرك منذ سماعك لخبر إصابتك بالسرطان؟
2) هل تشعرين بالحزن؟
3) هل أصبحت أكثر انفعالا من قبل أم العكس؟
4) هل ترين أنك السبب فيما يحصل لك؟

المحور الرابع: الأعراض الجسدية.

1) منذ إصابتك بالسرطان هل اصبحت تعانين من الضعف والارهاق؟
2) هل تعانين من الارق أو اضطرابات في النوم؟
3) هل ظهر لديك فقدان الشهية؟
4) هل تعانين من الصداع والغثيان؟
5) هل تعانين من ازمات في التنفس؟

المحور الخامس: الأعراض السلوكية.

1) كيف أصبحت تتعاملين مع المشاكل السهلة؟
2) هل تستطعين التحكم في نفسك وفي سلوكاتك؟
3) هل فقدت الاهتمام بالأنشطة اليومية؟
4) هل تشعرين أنك فقدت الاهتمام بنفسك وبالآخرين؟

المحور السادس: تطبيق اختبار بيك للاكتئاب.

الملحق 2: استبيان تقييم الصدمة النفسية Traumaq (2006)

بيانات عامة

الاسم: وضعية الوالدين: عادية. تطبيق الاستبيان:

السن: أحياء: الأم ☐ الأب ☐ فردي ☐

المستوى الدراسي: متوفين: الأم ☐ الأب ☐ جماعي ☐

المهنة: سنة وفاة الأم: ضحية مباشرة للحدث ☐

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: سنة وفاة الأب: شاهد عن الحدث ☐

تاريخ الفحص: مكان الفحص:

معلومات متعلقة بالحدث

الحدث: فردي ☐ جماعي ☐ طبيعته:

مكان الحدث: وضعيتك أثناء الحدث: منفردا ☐

تاريخ الحدث: مرفوقا ☐

مدة الحدث: 6 أشهر

جروح الجسم: لا ☐ نعم ☐ وصفها: آثارها الحالية:

هل استفدت من تدخل علاج طبي-نفسي مباشرة بعد الحدث: لا ☐ ☐

انقطاع مؤقت عن العمل ITT : لا ☐ نعم ☐ عدد الأيام:

توقف عن العمل: لا ☐ نعم ☐ مدته:

عدم القدرة الجزئية المستمرة IPP: لا ☐ نعم ☐ النسبة:

طبيعة الحدث

حسب الاستجابة المعطاة، ضع علامة أو أكثر على الخانات التالية:

كارثة طبيعية ☐	محاولة قتل ☐	اغتصاب ☐
كارثة تكنولوجية ☐	شاهد عن قتل ☐	فقدان أحد الأعزاء ☐
حادث مرور ☐	اكتشاف جثث ☐	اختطاف ☐
حادث منزلي ☐	انفجار قنبلة ☐	شاهد على تعذيب ☐
محاولة اغتيال ☐	هجوم على منزلك ☐	وضعيات أخرى ☐

صف باختصار ملابسات الحدث:

الملاحق

- **معلومات عامة متعلقة بالفترة التي سبقت الحدث:**

الوضعية العائلية:

متزوج ☐ مطلق ☐ أعزب ☐ أرمل ☐

عدد الأطفال: تحديد سنهم:

الوضعية المهنية:

طالب ☐ عامل ☐

عاطل عن العمل ☐ متقاعد ☐ عطلة مرضية ☐

الحالة الصحية:

هل تعاني مشاكل صحية: لا ☐ نعم ☐

ما هي أهمها:

هل تتابع علاج طبي: لا ☐ نعم ☐

ما هي طبيعته:

هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☐ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☐ نعم ☐

ما نوعه:

التاريخ:

هل تعرضت لأحداث أخرى تركت لك أثرا: لا ☐ نعم ☐

طبيعتها:

تاريخها:

- **معلومات عامة حول الفترة التي عقبت الحدث:**

بعد الحدث هل استشرت أخصائي نفسي، طبيب عقلي: لا ☐ نعم ☐

هل تابعت علاج نفسي: لا ☐ نعم ☐ ما نوعه:

تاريخ أول جلسة علاجية:

عدد الاستشارات (إلى حد اليوم):

هل تابعت علاج طبي: لا ☐ نعم ☐

نوعه:

مدته:

الملاحق

- **التعليمة:**

يجب عليك الإجابة على جميع الأسئلة ويمكنك العودة إلى سؤال لم تجيب عليه في أول وهلة، شريطة أن تجيب عليه بعد ذلك .لك الوقت الكافي للقيام بهذه العملية .بالنسبة لكل الاسئلة المطروحة استخدام السلم التالي وضع علامة في الخانة المطابقة:

شدة أو تواتر التظاهر

3.....................2.....................1.....................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

- **أثناء الحدث:** سوف نتطرق إلى كل ما أحسست به أثناء الحدث .

		0	1	2	3
A1	هل أحسست بالرعب؟	☐	☐	☐	☐
A2	هل أحسست بالقلق؟	☐	☐	☐	☐
A3	هل لديك إحساس بأنك في حال آخر؟	☐	☐	☐	☐
A4	هل انتابتك تظاهرات جسمية مثل الارتجاف، التعرق، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، زيادة ضربات القلب؟	☐	☐	☐	☐
A5	هل انتابك إحساس بأنك مشلول غير قادر على إصدار ردود أفعال متكيفة؟	☐	☐	☐	☐
A6	هل اعتقدت فعلا بأنك ستموت؟	☐	☐	☐	☐
A7	هل أحسست بأنك وحيد ومهجور من طرف الآخرين؟	☐	☐	☐	☐
A8	هل أحسست بأنك عديم القيمة؟	☐	☐	☐	☐
	مج A=				

- **منذ الحدث:** سوف نتطرق الآن إلى كل ما تحس به حاليا.

		0	1	2	3
B1	هل تطاردك ذكريات وصور الحدث طول النهار والليل؟	☐	☐	☐	☐
B2	هل تعيش مجددا الحدث في الأحلام والكوابيس؟	☐	☐	☐	☐
B3	هل تجد صعوبة في التحدث عن الحدث؟	☐	☐	☐	☐
B4	هل تشعر بالقلق عند التفكير بالحدث؟	☐	☐	☐	☐
	مج B=				

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
C1	منذ الحدث هل ازدادت عندك صعوبات النوم أكثر من قبل؟	☐	☐	☐	☐
C2	هل تعيش كوابيس لا يتعلق محتواها مباشرة بالحدث؟	☐	☐	☐	☐
C3	هل ازداد لديك الاستيقاظ في الليل؟	☐	☐	☐	☐
C4	هل تشعر بأنك لم تنم نهائيا؟	☐	☐	☐	☐
C5	هل تشعر بالتعب عند الاستيقاظ؟	☐	☐	☐	☐
	مج C=				

		0	1	2	3
D1	هل أصبحت قلقا منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☐
D2	هل لديك نوبات قلق؟	☐	☐	☐	☐
D3	هل تخشى العودة إلى أماكن لها علاقة بالحدث؟	☐	☐	☐	☐
D4	هل تحس بعدم الأمن؟	☐	☐	☐	☐
D5	هل تتجنب الأماكن والوضعيات والمشاهد (التلفزة) التي تثير لديك ذكرى الحدث؟	☐	☐	☐	☐
	مج D=				

شدة أو تواتر التظاهر

3......................2......................1......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
E1	هل تحس بأنك يقظ ومنتبه للأصوات أكثر من السابق وهل تفزعك كثيرا؟	☐	☐	☐	☐
E2	هل أصبحت شديد الحذر أكثر من السابق؟	☐	☐	☐	☐
E3	هل أصبحت شديد الغضب أكثر من السابق؟	☐	☐	☐	☐
E4	هل تجد صعوبة في التحكم بأعصابك (نوبة عصبية...)؟ وهل تميل إلى الهروب من كل وضعية غير محتملة؟	☐	☐	☐	☐
E5	هل تشعر بأنك عدواني أكثر أو تخشى من عدم التحكم في عدوانيتك منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☐
E6	هل ظهرت لديك سلوكيات عدوانية منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☐
	مج E=				

		0	1	2	3
F1	عندما تعيد التفكير بالحدث أو تكون بوضعيات تذكرك به، هل تظهر لديك ردود أفعال جسمية مثل آلام الرأس، الغثيان، الخفقان، الارتجاف، التعرق، صعوبة التنفس؟	☐	☐	☐	☐
F2	هل لاحظت تغيرات على وزنك؟	☐	☐	☐	☐
F3	هل لاحظت تقهقر على حالتك الجسمية العامة؟	☐	☐	☐	☐
F4	منذ الحدث هل تعرضت لمشاكل صحية كان من الصعب تحديد أسبابها؟	☐	☐	☐	☐
F5	هل زدت من استهلاك بعض المواد (قهوة، سجائر، كحول، أدوية...؟	☐	☐	☐	☐
	مج F=				

شدة أو تواتر التظاهر

3.......................2......................1.......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		0	1	2	3
G1	هل تجد صعوبة في التركيز أكثر من السابق؟	☐	☐	☐	☐
G2	هل تعاني من فجوات بالذاكرة؟	☐	☐	☐	☐
G3	هل تجد صعوبة في تذكر الحدث أو بعض عناصره؟	☐	☐	☐	☐
	مج G=				

		0	1	2	3
H1	هل فقدت الرغبة في بعض الأشياء التي كانت هامة لديك قبل الحدث؟	☐	☐	☐	☐
H2	هل انخفضت لديك الطاقة والحيوية منذ الحدث؟	☐	☐	☐	☐
H3	هل لديك الشعور بالملل والتعب والإنهاك؟	☐	☐	☐	☐
H4	هل لديك مزاج حزين و/أو هل تنتابك نوبات من البكاء؟	☐	☐	☐	☐
H5	هل تشعر بأن الحياة لا تستحق أن تعاش؟ وهل تراودك أفكار انتحارية؟	☐	☐	☐	☐
H6	هل تعاني من صعوبات في علاقتك العاطفية و/أو الجنسية؟	☐	☐	☐	☐
H7	منذ الحدث هل ظهر لك أن مستقبلك مدمر؟	☐	☐	☐	☐
H8	هل لديك ميل للعزلة أو لرفض الاتصالات؟	☐	☐	☐	☐
	مج H=				

شدة أو تواتر التظاهر

3.......................2......................1.......................0

منعدمة. ضعيفة. شديدة. شديدة جدا

		3	2	1	0
I1	هل تفكر بأنك مسؤول عن الطريقة التي جربت بها الأحداث أو كان عليك القيام بأفعال أخرى لتجنب بعض النتائج؟	☐	☐	☐	☐
I2	هل تشعر أنك مذنبا نتيجة كل ما فكرت به وما فعلته أثناء الحدث و/أو نجوت دون الأخرين؟	☐	☐	☐	☐
I3	هل تشعر بأنك مذلول أمام كل ما يحدث؟	☐	☐	☐	☐
I4	منذ الحدث هل تشعر بالحط من قيمتك؟	☐	☐	☐	☐
I5	منذ الحدث هل تشعر بالغضب العنيف أو الكره؟	☐	☐	☐	☐
I6	هل تغيرت نظرتك للحياة ولنفسك وللآخرين؟	☐	☐	☐	☐
I7	هل تفكر بأنك لست مثلما كنت سابقا؟	☐	☐	☐	☐
	مج I=				

		لا	نعم
J1	هل تتابع نشاطك المهني أو الدراسي؟	☐	☐
J2	هل تشعر بأن نتائجك المدرسية أو المهنية مكافئة لنتائجك السابقة؟	☐	☐
J3	هل تستمر بلقاء أصدقائك بنفس الوتيرة؟	☐	☐
J4	هل قطعت علاقتك بالأقارب (الزوج، الآباء، الأبناء...) منذ الحدث؟	☐	☐
J5	هل تشعر بأن الآخرون لا يفهمونك؟	☐	☐
J6	هل تشعر بالهجر من طرف الآخرين؟	☐	☐
J7	هل وجدت مساندة من طرف أقاربك؟	☐	☐
J8	هل تبحث دائما عن الرفقة أو حضور الآخرين؟	☐	☐
J9	هل تمارس نشاطاتك الترفيهية كما في السابق؟	☐	☐
J10	هل تجد لذة الحياة نفسها كما في السابق؟	☐	☐
J11	هل تشعر بأنك غير معني بالأحداث التي يتعرض لها محيطك؟	☐	☐
	مج J=		

الملحق 3: قائمة آرون ت. بيك وآخرون الثانية للاكتئاب BDI-II ظهرت عام 1996، وتطبق على الأفراد من عمر 16 سنة فأكثر.

السن وتاريخ الميلاد: ....

الجنس: ....

مكان الميلاد والإقامة: ....

الحالة الاجتماعية: ....

الحالة الاقتصادية: ....

المهنة: ....

الحالة الصحية: ....

نوع المرض: ....

تاريخ الإعلان: ....

السوابق المرضية الشخصية: ....

السوابق المرضية الأسرية: ....

السوابق النفسية: ....

التعليمة:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تقرا كل مجموعة على حدة بعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3 وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة، وتأكّد أنّك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

الرقم	البعد	العبارات
1	الحزن	0. لا أشعر بالحزن 1. أشعر بالحزن معظم الوقت 2. أشعر بالحزن طول الوقت 3. أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك
2	التشاؤم	0. لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي

		1. أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت 2. أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي 3. أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوء
3	الفشل السابق	0. لا أشعر بأني فاشل 1. لقد فشلت أكثر مما ينبغي 2. كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل 3. أشعر بأني شخص فاشل تماما
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0. أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل 1. لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه 2. أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه 3. لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0. لا أشعر بالذنب 1. أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها 2. أشعر بالذنب في معظم الأوقات 3. أشعر بالذنب في كل الأوقات
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	0. لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى 1. أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى 2. أشعر بأني سأتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى 3. أشعر بأني سأتعرض دائما للعقاب أو للأذى
7	عدم حب الذات	0. شعوري نحو نفسي عادي 1. فقدت الثقة في نفسي 2. أصبت بخيبة أمل في نفسي 3. لا أحب نفسي
8	نقد الذات ولومها	0. لا أنقد ولا ألوم نفسي 1. أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت 2. أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي 3. أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0. ليس لدي أفكار للانتحار 1. لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها 2. أريد أن أنتحر 3. قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة
10	البكاء	0. لا أبكي أكثر مما تعودت

		1. أشعر بالرغبة في البكاء 2. أبكي أكثر مما تعودت 3. أبكي بكثرة جدا
11	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	0. أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية 1. أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت عليه 2. أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقرا 3. أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	0. لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية 1. أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية 2. فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى 3. من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء
13	التردد في اتخاذ القرارات	0. أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها 1. أجد صعوبة في اتخاذ القرارات 2. لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت عليه 3. لا أستطيع اتخاذ القرارات
14	انعدام القيمة	0. لا أشعر أني عديم القيمة 1. أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون 2. أشعر أني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين 3. أشعر أني عديم القيمة تماما
15	فقدان الطاقة على العمل	0. لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت 1. لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت عليه 2. ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء 3. ليس لدي طاقة لعمل أي شيء
16	تغيرات في نظام النوم	0. لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي 1.أ. أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما 1.ب. أنام أقل مما تعودت إلى حد ما 2.أ. أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير 2.ب. أنام أقل مما تعودت بشكل كبير 3. أ. أنام معظم اليوم 3. ب. أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	0. أغضب بدرجة عادية 1. أغضب أكبر مما تعودت 2. أغضب أكبر بكثير مما تعودت

		3. أكون في حالة غضب طول الوقت
18	تغيرات في الشهية	0. لم يحدث أي تغير في شهيتي 1.أ. شهيني أقل مما تعودت إلى حد ما 1.ب. شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما 2.أ. شهيتي أقل كثيرا مما تعودت 2.ب. شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. 3.أ. ليست لدي شهية على الإطلاق 3.ب. لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت
19	صعوبة التركيز	1. أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت 2. لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت 3. من الصعب على أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة 4. أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء
20	الإرهاق أو الإجهاد	0. لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت 1. أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها 2. يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها 3. أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0. إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام 1. أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت 2. أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام 3. فقدت الاهتمام بالجنس تماما

الملحق 4: Le dossier médical.

ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER
IBN ZOHR-GUELMA

SERVICE : ....

N° de Classement : ....
N° de Fiche Sociale : ....

Nom et Prénom : ....
....
Surnom : ....
Age : ....
Date et lieu de naissance : ....
....
Situation de famille : ....
Profession : ....
adresse : ....
Douar : .... Mechta : ....

Salle : .... N° ....
Sorti.:...le : ....
Entré....le : ....
Adressé par : ....

DIAGNOSTIC :

ETAT A LA SORTIE :

SOMMAIRE DE L'OBSERVATION :

Nom : ....

Prénoms : ....

Entré (e) le : ....

MOIS DE : ....

Jours de la Maladie : ....

Urines	T.A.	Pouls	T°
2.000	25 20	140 120	40°
1.500	15	100	39°
1.000	10	80	38°
500	5		37°
0	0	60	

Poids : ....

TRAITEMENTS

NATURE	Dose	Voie

EXAMENS SYSTEMATIQUES A L'ENTREE

URINES	SANG
Chimie : - D - Alb - Sucre - Acétone - Pigments - Sels - Urobiline - Urobilinogène - Chlorures - Urée Cyto-Bactériol :	- Urée Glycémie Cholestérol SW K Cl Ca P.N. GR Hb VG GB PN PE PB L M 1/2 h 1 h 2 h

BILAN EVOLUTIF

الملحق 5: الترخيص من طرف إدارة قسم علم النفس، ومدير الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر–قالمة-

الجمهوريـة الجزائرية الديمقراطيـة الشعبيـة
وزارة الصحة

مديرية الصحة لولايـة قالمـة.
المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر.
المديرية الفرعية للموارد البشرية.
الرقم:.....4.5..../م.ف.م.ب/2022.

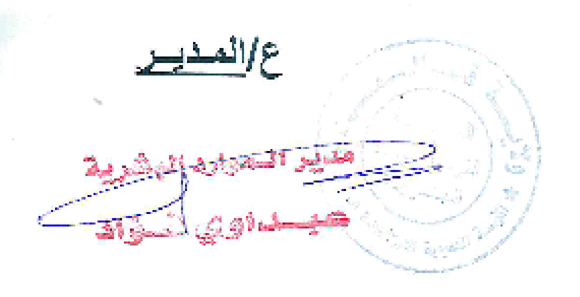
قالمـة في 08 جوان 2022

دراسة ميدانية

يسمـح للطلبـة : بخاخشة زينب ، حفار الساس وسيم ، بصفتهـم طلبـة في السنة الثانية علـم النفس العيـادي جـامعة 8 ماي 1945 – قالمة – كليـة العلوم الانسانيـة و الاجتماعيـة، قسم علـم النفس ،للقيام بدراسـة ميدانيـة من أجـل إنجاز بحث بعنوان: إنعكاسات الصدمة النفسية على المعاش النفسي لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي .

يبـاشر المعنيـان الدراسة تحـت إشـراف رئيـس المصلحـة.

ع/المديـر



نسخة إلى:
- رئيس مصلحة الاورام السرطانية .
- المعنية .
- الملف.